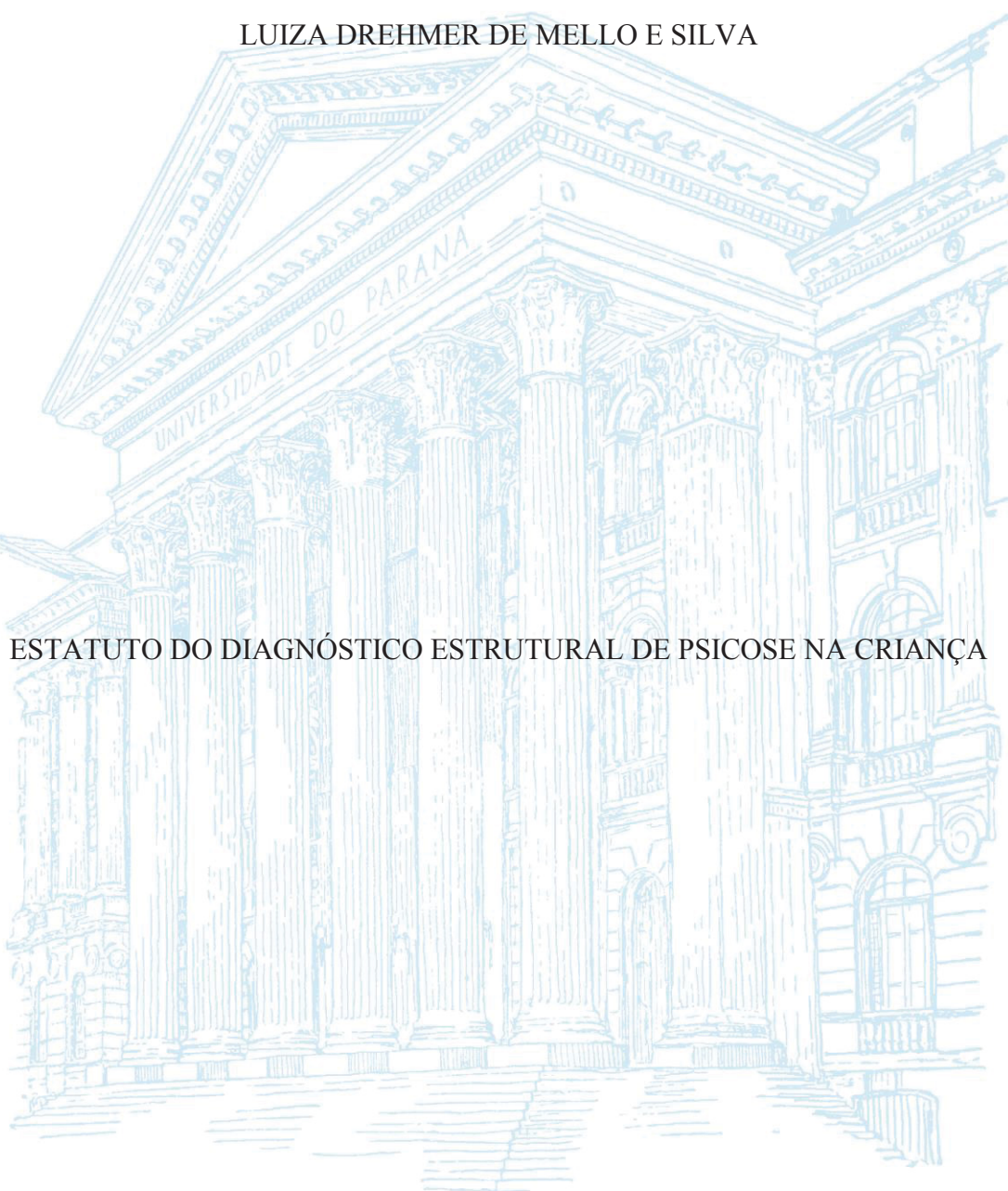


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZA DREHMER DE MELLO E SILVA



ESTATUTO DO DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DE PSICOSE NA CRIANÇA

CURITIBA

2019

LUIZA DREHMER DE MELLO E SILVA

ESTATUTO DO DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DE PSICOSE NA CRIANÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, no curso de Pós-Graduação em Psicologia, setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosane Zétola Lustoza

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Silva, Luiza Drehmer de Mello e Silva

Estatuto do diagnóstico estrutural de psicose na criança. / Luiza Drehmer de
Mello e Silva. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Pro^{fa}. Dr^a. Rosane Zétola Lustoza

1. Psicoses infantis. 2. Criança – Psicoses – Diagnóstico. 3. Psicanálise
infantil. 4. Psicanálise lacaniana. I. Lustoza, Rosane Zétola. II. Título.

CDD – 616.8917





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
430010-606730

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUIZA DREHMER DE MELLO E SILVA**, intitulada: **ESTATUTO DO DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DE PSICOSE NA CRIANÇA**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.
A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca, e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 30 de Setembro de 2019.


ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA
Presidente da Banca Examinadora


NOEMI IBÁÑEZ BROW
Avaliador Externo (ESCOLA BRASILEIRA DE
PSICANÁLISE)


ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001-01 8067PQ

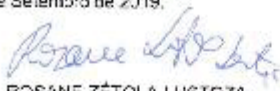
ATA N° 201


**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA.**


No dia trinta de setembro de dois mil e dezanove às 10:30 horas, na sala 208, Praça Santos Andrade, 50 2º andar do Setor de CIÊNCIAS HUMANAS da Universidade Federal do Paraná, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa da dissertação da mestranda **LUIZA DREHMER DE MELLO E SILVA**, intitulada : **ESTATUTO DO DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DE PSICOSE NA CRIANÇA**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná em PSICOLOGIA foi constituída pelos seguintes Membros: ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), NOHEMI IBÁÑEZ BROW (ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após examinados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga do título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, as qual eu, ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, escrevi a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: _____

Curitiba, 30 de Setembro de 2019.


ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA
Presidente da Banca Examinadora


NOHEMI IBÁÑEZ BROW
Avaliador Externo (ESCOLA BRASILEIRA DE
PSICANÁLISE)


ELAINE CRISTINA SCHMITT RAGNINI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

À Rosane Lustoza, pelo pensamento crítico que transmite e pela confiança e aposta.

À Nohemí Brown, pela transmissão de seu desejo pela clínica e pelo rigor teórico que inclui a possibilidade de não (tudo) saber.

Ao prof. Maurício d'Escragnolle, pelas contribuições na banca de qualificação e por me apresentar a ideia de conceito instrumental.

Aos amigos que me acompanharam de perto, discutindo teoria e clínica, tornando o caminho mais prazeroso, especialmente à Paola e à Esther.

À Associação Serpiá, em especial às crianças que atendi durante o Programa de permanência e ao meu supervisor Daniel Brepohl, por terem me concedido a possibilidade de continuar a prática clínica durante o tempo dessa pesquisa.

Aos amigos que me acompanham na vida, por compreenderem minhas ausências, pelas descontinuidades que me causam, pela torcida.

Aos meus pais, pela vida.

Aos meus tios e tias, por serem, cada um ao seu modo, referências para mim.

Aos meus irmãos e primos-irmãos, pelo companheirismo.

À Universidade Federal do Paraná, por ter investido no programa de mestrado em Psicologia Clínica.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

Como é por dentro outra pessoa?

*Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.*

*Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição
De qualquer semelhança no fundo.*

Fernando Pessoa

RESUMO

A partir da orientação psicanalítica lacaniana e diante de impasses na clínica, nos perguntamos, primeiramente, como identificar a psicose na criança, considerando a hipótese de que é importante estabelecer diagnóstico estrutural para pensar a direção do tratamento. Deparamo-nos com atual divergência entre psicanalistas que atendem crianças, quanto ao estatuto do diagnóstico de psicose. De um lado, considera-se que a psicose pode ser curada nessa fase do desenvolvimento denominada infância, o que, em outras palavras, quer dizer encaminhar a estruturação da criança para uma neurose. De outro, critica-se essa posição, defendendo que não há possibilidade de mudança estrutural e que a direção de cura se dá dentro das possibilidades e limites de cada estrutura. Esse impasse teórico não é solucionável, pois ambas as posições podem ser “demonstradas” pela via da exposição do caso clínico. Assim, para avançar na questão acerca do estatuto do diagnóstico estrutural de psicose na criança, foi realizado um retorno a Lacan, situando seu percurso em direção à noção de estrutura psicótica. Questões de ordem epistemológica então se destacaram, tais como a noção de verdade da loucura humana, em sua indissociabilidade a uma posição ética, assim como a noção de causalidade da psicose. Para Lacan, não se trata de uma verdade a ser demonstrada pela via da exposição do caso clínico, e tampouco de uma hipótese a ser confirmada, porque não se trata de um conceito materialista, nem idealista. Trata-se de um conceito abstrato, ficcional, que visa orientar uma práxis. Diante disso, não se pode falar em causa da psicose; a forclusão do Nome-do-pai não se refere à sua gênese. Notamos que ao mesmo tempo em que Lacan desenvolve uma teoria das psicoses, ele delimita um campo de saber, com epistemologia específica, no intuito de possibilitar um tratamento psicanalítico possível para as psicoses. Podemos concluir que a divergência acerca da psicose na criança é de ordem epistemológica, de forma que uma não pode refutar a outra, a não ser pela via de argumentos acerca dos fundamentos do saber psicanalítico. Assim, esse retorno a Lacan promoveu um deslocamento da questão inicial para a implicação da concepção da psicose enquanto estrutura no processo diagnóstico, ou seja, como o analista faz diagnóstico e com que finalidade? O que foi possível responder neste momento é que não se trata de identificar o diagnóstico de psicose, como se ele fosse localizável, mas sim de levantar hipóteses diagnósticas visando à construção de coordenadas para a condução do tratamento; nunca no sentido de uma profilaxia, seja com crianças ou adultos. Trata-se de, na relação transferencial com o analisante, localizar um princípio estruturante da forma com que ele se coloca na linguagem. Se a hipótese do analista for de que a relação do sujeito com a linguagem não está alinhada à norma fálica, ele tomará o cuidado ainda maior de não intervir desde uma posição encarnada de saber. Trata-se, então, de acompanhar a criança, estando atento ao que ela pode inventar de maneira singular no percurso de seu tratamento.

Palavras-chave: Psicose infantil. Diagnóstico psicanalítico. Epistemologia psicanalítica.

ABSTRACT

From impasses in the psychoanalytic clinic with children, we wondered how we could identify the diagnosis of psychosis. That question was based on the hypothesis that it is important to establish structural diagnosis in order to think of a direction for the treatment. From that on, we found out about a divergence among psychoanalysts regarding the status of the psychotic structure in children. Some of them defend the idea that psychosis can be cured during this time we call childhood, which means that it could be directed to a neurotic structure. Others, on the other hand, criticize that idea, arguing that not only changing the structure is not possible, but also it is not the analytic treatment's goal. For them, the cure's direction can only be thought within the possibilities and limits of each structure. This theoretical impasse about psychosis in children could not be solved, since both positions can be "demonstrated" through case reports. That way we were led to Lacan's work from his theses to his third seminar, to draw his way towards the notion of psychotic structure. We realized that Lacan discussed all the time about epistemological issues, such as the notion of truth about madness and its close relation to an ethical position, as well as the notion of psychosis' causality. It turns out that his psychoanalyst concepts' notion of truth is not to be demonstrated, nor it is a hypothesis to be confirmed, since it is not a materialistic, nor an idealistic concept. It is an abstract, fictional, concept that aims to orient the analyst. Knowing that, we can affirm that from this theory we cannot talk about psychosis causality; the foreclosure of the father is not meant to tell us where the psychotic structure begins. We came to understand that while Lacan develops a theory of psychosis, he also sets its limits, with the intent to create a possible treatment for psychosis. Our question then moves to others that are related to psychoanalytic epistemology, since it turns evident that the theoretical impasse we first faced is all about that. That being said, we also had the will to get to the question about what are the implications of this theory, with its limits, on the diagnosis' process, and why is it any useful for the analyst? What we could answer is that diagnosis will always have the status of a hypothesis, and its proposal is to give the analyst some coordinates for the treatment, but never as a prophylaxis. In transference with the patient, the analyst should locate how to interfere, noticing how that patient fits into language and relates to it. If the subject's relation to language is not aligned to a phallic norm, the analyst will take double care not to intervene from a position full of whole knowledge. The treatment will then be about going with the child, paying attention to what he/she can invent in her/his unique way.

Keywords: Child psychosis. Psychoanalytic diagnosis. Psychoanalytic epistemology.

SUMÁRIO

Introdução	9
1 O Percurso em Direção à Noção de Psicose como Estrutura	16
1.1 A psicose em Freud: a defesa, o fracasso da defesa e a noção de temporalidade	16
1.2 Gênese da psicose: orgânica, psicológica ou sobredeterminada?	21
1.2.1 <i>Crítica à noção de verdade da teoria organicista da loucura</i>	26
1.3 Estrutura psicótica e Nome-do-pai	30
1.3.1 <i>Desencadeamento e compensação da forclusão</i>	37
2 Diagnóstico de Psicose na Criança	41
2.1 Definição de criança/infância	45
2.2 Polêmica em torno do diagnóstico estrutural de psicose na criança.....	50
2.2.1 <i>Estrutura psicótica na criança</i>	50
2.2.2 <i>Estrutura psicótica não decidida na infância</i>	55
3 Implicação da Concepção de Estrutura Psicótica para o Processo Diagnóstico.....	64
3.1 Função do diagnóstico estrutural: uma questão preliminar para o tratamento	66
3.2 Automatismo mental e fenômeno elementar: indicativos de estrutura psicótica?	74
3.3 Diagnóstico estrutural e ética psicanalítica	82
Considerações Finais	86
Referências	91

Introdução

A questão que motiva essa pesquisa se refere à possibilidade de estabelecer diagnóstico estrutural de psicose na clínica psicanalítica com crianças. Com esse propósito, parte-se da psicanálise lacaniana, pois embora Lacan não tenha atendido crianças, sua leitura da obra freudiana contribuiu ao tratamento das psicoses. O estabelecimento do diagnóstico estrutural (psicose, neurose ou perversão), apesar de ser importante ferramenta para realização do cálculo clínico por parte do analista, tem sido alvo de polêmicas e divergências, especialmente em relação à clínica com crianças. Trata-se, portanto, de questão que surge na prática clínica no que se refere à direção do tratamento para cada criança recebida em análise.

Ao tentar apreender a definição de psicose na criança, nos deparamos com uma multiplicidade de quadros nosológicos e, conseqüentemente, divergências quanto à direção clínica. Será que na infância a estrutura já está determinada ou nesse período ainda haveria abertura, ou maleabilidade, para mudanças estruturais no psiquismo? Quando a estrutura se estabelece de maneira definitiva? Há desencadeamento de psicose na infância? Caso haja, seria possível detectá-la antes de seu desencadeamento? Seria plausível pensar em cura da psicose na criança? Curá-la, nesse caso, significaria encaminhá-la para uma organização neurótica?

Respondendo a algumas dessas questões, Suzana Barroso (2012) se pergunta sobre como falar de estrutura psicótica na criança se considerarmos que o estrutural da psicose é o retorno no real do que não foi simbolizado e que irrompe nos fenômenos elementares. Diante disso, surgem ainda outras questões: será possível identificar a estrutura a partir de fenômenos anteriores àqueles tributários do desencadeamento propriamente dito?; se a psicose é um retorno no real daquilo que fora rejeitado pelo sujeito em um momento anterior (justamente o tempo da infância), como aplicar esse diagnóstico a crianças?

De um lado, encontram-se psicanalistas que defendem ser possível (e necessário) realizar diagnóstico estrutural de psicose na criança e não distinguem a escuta psicanalítica de crianças e adultos. Por considerarem que a estrutura se define muito precocemente, defendem que as intervenções possíveis no tratamento de crianças psicóticas diferem das possíveis com crianças neuróticas, o que torna o diagnóstico instrumento de extrema importância para a direção do tratamento. A ausência do diagnóstico poderia, segundo essa perspectiva, ser um erro, cujas consequências procuraremos analisar ao longo dessa pesquisa.

No texto *O início do tratamento*, Freud (1913/1996), referindo-se a clínica com adultos, descreve a função do diagnóstico, alertando para o risco de o analista não perceber tratar-se de uma psicose:

Sei que certos psiquiatras hesitam, menos do que eu, em fazer um diagnóstico diferencial, mas pude convencer-me de que também eles se enganam com frequência. No entanto, é preciso notar que, para o psicanalista, o erro comporta mais consequências deploráveis do que para o dito psiquiatra clínico [...]. Num caso difícil em que o analista cometeu tal erro de ordem prática, provocando muitas despesas inúteis, ele põe em descrédito seu método de tratamento [...]. Quando o paciente não é acometido de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, o médico se encontra na impossibilidade de sustentar sua promessa de cura, e eis porque ele tem todo o interesse em evitar um erro de diagnóstico. (p. 165)

Da mesma forma, Suzana Barroso (2012), sublinha que a incapacidade do clínico de realização do diagnóstico tem consequências para o tratamento. Segundo ela, a psicose na criança pode não se mostrar claramente, pode estar mascarada, além de muitas vezes apresentar sintomas que diferem dos sintomas de uma psicose clássica. Para essa autora, é importante que o clínico perceba o sofrimento sentido no corpo pela criança psicótica:

Para os analistas que têm contato com a casuística de crianças psicóticas e, principalmente, para os que as recebem em busca de um tratamento demandado por seus pais, não passa despercebido o sofrimento que advém do corpo e de seus sintomas, com repercussão na saúde, na educação e na socialização dessas crianças.

Muitos fatores contribuem para mascarar as estruturas freudianas das psicoses na infância, a saber, a posição da psiquiatria infantil, a redução da psicose à debilidade, a medicalização generalizada na contemporaneidade. Em alguns casos, a estrutura sintomática da família acaba poupando a criança dos encontros desencadeantes; outras vezes, é o discurso dos especialistas, que, mediante um aparato assistencial, vai adaptar a criança, ao preço do desconhecimento de sua psicose. (p. 10)

Por outro lado, há analistas que, por entenderem que a estrutura ainda não está determinada na infância, propõem que consideremos a psicose como indecida, e que a direção do tratamento consista em encaminhar a estruturação psíquica a uma ordenação fática, neurótica, o que constituiria, segundo eles, a cura da psicose na criança. Trata-se de perspectiva, portanto, que implica profilaxia, ou seja, práticas que visam à detecção de risco e, então, a prevenção da psicose.

Essa divergência ocasionou e ocasiona discussões acerca do que seria a psicanálise com crianças e tem consequências, não apenas com relação à direção do tratamento, como já dissemos, mas também na decisão de políticas públicas referentes à saúde mental infantil. Guimarães e Pimenta (2007) questionam essa ação profilática que faz uso de conceitos psicanalíticos, mas, segundo elas, contraria a ética psicanalítica:

Em uma primeira aproximação, constatamos o rigor teórico conceitual que embasa o protocolo: as definições dos termos psicanalíticos utilizados e a crítica às demais abordagens psi transparecem leitura e conhecimento. Também nos alegra, nesse momento inicial, a pertinência do discurso psicanalítico nesse dispositivo privilegiado de inserção social. O que, no entanto, procuraremos demonstrar neste trabalho é o fato

de que, passado o “momento de ver”, constatamos que, apesar da importação dos significantes da psicanálise pelo Protocolo, sua dimensão ética encontra-se, ali, forcluída. Trata-se de um uso do discurso psicanalítico (bem argumentado, é verdade) para os mesmos fins de avaliação e prevenção a que se prestam os demais discursos pretensamente “científicos” de nossa época (TCC e afins). (p. 1)

Hoje, no Brasil, discute-se a lei 13.438, sancionada no dia 23 de abril de 2017, que altera o artigo 14 do Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar obrigatória a adoção, no Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos que estabeleçam padrões de avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico de crianças:

Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico.

No projeto de lei, de autoria da senadora Ângela Portela, há a sugestão de que os pediatras utilizem o Protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Segundo Guimarães e Pimenta (2007), o IRDI foi criado por professores universitários e psicanalistas, a partir de um pedido do Ministério Público, para instrumentalizar os “pediatras e outros profissionais de saúde da atenção básica a identificar precocemente ‘transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, com fins preventivos’” (p. 2).

Observa-se, por outro lado, movimento contrário à lei, que alega correremos o risco de assim patologizarmos indevidamente a primeira infância. Além disso, afirma que a interferência do médico pode atuar negativamente sobre o desejo da mãe, executando o que a avaliação procura evitar, e colocando, indevidamente, a psicanálise no lugar do discurso do mestre. Outro argumento ainda é o de que a lei não garante qualquer acompanhamento ou tratamento dessas crianças, o que implicaria em ações meramente medicalizantes.

Se por um lado a teoria psicanalítica permite pensarmos que intervenções precoces, no tempo da infância, podem evitar o adoecimento em um momento posterior, por outro lado a ética psicanalítica não coincide com ações profiláticas. Quais as consequências de se utilizar os conceitos psicanalíticos com outros objetivos, que não os de oferecer uma escuta analítica? De que forma é possível fazer diagnóstico, orientado pela psicanálise, fora da relação entre analista e analisante?

Os analistas que defendem a utilização do IRDI por pediatras acreditam que a psicanálise deve estar aberta ao diálogo com outras disciplinas, podendo, assim, contribuir e se enriquecer a partir dessa troca. Nas palavras de Elsa Coriat (1998):

Não me parece que a psicanálise avance mais do que a psicologia e a neurologia negando o desenvolvimento ou desinteressando-se do mesmo, mas que, inversamente, se veria amplamente enriquecida em sua teoria e sua clínica se considerasse as investigações de outras disciplinas afins e, por sua vez, me parece que a psicanálise aborda alguns pontos-chave principais que permitem dar conta do que é o que possibilita o desenvolvimento, do que o condiciona, que é o que o ordena. (p. 17)

No que se refere à psiquiatria, o diagnóstico de psicose infantil foi retirado dos últimos Manuais Diagnósticos e Estatísticos (DSMs) da Associação Psiquiátrica Americana. Em 1980, no DSM-III, a rubrica Psicose Infantil foi substituída por Distúrbios Globais do Desenvolvimento, e, em 1995, foi definitivamente excluída, no DSM-IV. Hoje, o que antes correspondia a diversos quadros clínicos se reduziu a *Transtornos do Espectro Autista*. Diante desse cenário, o número de diagnósticos de autismo

(...) cresceu de modo epidêmico (note-se bem: foi o diagnóstico e não o autismo que cresceu de modo epidêmico) e a psicose infantil desapareceu do cenário psiquiátrico. O aumento e a indiferenciação das categorias no interior do grande espectro, diga-se de passagem, não serve sequer ao esforço nosológico psiquiátrico, que costuma ser o de diferenciar para melhor tratar. (Kupfer, 2013, p.13)

Essa supressão, portanto, não é sem consequências no que se refere à direção do tratamento e exige posicionamento dos psicanalistas acerca do diagnóstico de psicose na clínica com crianças. Defendendo essa perspectiva em relação a todos os diagnósticos de massa, psicanalistas brasileiros como Alfredo Jerusalinsky (1993), Leda Bernardino (2004), Maria Cristina Kupfer (2013) e Christian Dunker (2013) afirmam que se faz necessário a psicanálise posicionar-se diante dos diagnósticos de massa. Defendem que, para além dos dados objetivos, há que se considerar aquilo que é vivido, experienciado, e que só pode ser comunicado por meio da fala. Todavia, a questão que se coloca é como posicionar-se de maneira fundamentada diante dos diagnósticos psiquiátricos, quando ainda há tantas divergências quanto à psicose na criança, mesmo no interior da produção psicanalítica lacaniana?

Sem dúvida, é possível questionar o diagnóstico de massa, que desconsidera a produção do sujeito e baseia-se meramente em fenômenos generalizáveis. Mas é preciso ir além da crítica e oferecer outro olhar, prático e teoricamente bem fundamentado, para que se possa de fato produzir uma clínica com a seriedade que esse trabalho exige. Assim, no âmbito deste trabalho, partimos do referencial psicanalítico lacaniano e, portanto, da discussão acerca do diagnóstico estrutural, justamente por considerar que essa mudança de paradigma (do diagnóstico que se baseia nos fenômenos observáveis, para o que considera a relação do sujeito com a linguagem), permite particular enriquecimento da clínica no que concerne às psicopatologias.

Descrições da psicose na criança em termos fenomênicos, como “perda de contato com

a realidade”, “sociabilidade prejudicada”, “vida fantasmática pobre ou mágico-alucinatória” são descrições clássicas da psiquiatria. Porém, o que a clínica escancara é justamente a impossibilidade de estabelecer diagnóstico que dê conta de todos os fenômenos psicóticos observáveis na infância, tornando-se necessário questionar, para além dos fenômenos, como a criança se relaciona com a linguagem, com o Outro e com os outros. Em outras palavras, trata-se de incluir no processo diagnóstico “procedimentos que sejam da ordem da fala” (Calazans & Lustoza, 2014, p. 17).

No entanto, as divergências teóricas relativas ao diagnóstico estrutural de psicose na criança, no interior mesmo da produção psicanalítica lacaniana, implicam a impossibilidade de tomada de posição por parte da psicanálise frente aos diagnósticos psiquiátricos que, apesar de problemáticos e indiscriminados, são concisos e se propõem universais. Além disso, também implicam diferentes posicionamentos diante de decisões que concernem à saúde pública de crianças, como a recente discussão acerca do uso de protocolos de detecção de risco de desenvolvimento, por pediatras do SUS.

Frente a essas problemáticas, assim como diante das consequências dessa divergência teórica para a direção do tratamento, propõe-se sistematizar tal discussão, na tentativa de contribuir para o posicionamento teórico-clínico. Sem o intuito de esgotar a questão tendo em vista sua complexidade, o problema que nos orienta, como já dissemos, refere-se à possibilidade de se estabelecer esse diagnóstico na infância, mantendo como horizonte as consequências para a direção do tratamento.

Para justificar a importância do tema e a insistência em avançar na divergência teórica quanto ao tempo de definição da estrutura, mapeamos nesta Introdução algumas consequências dessa querela. No entanto, embora tenhamos notado tais impactos, nessa pesquisa optamos por fazer um retorno aos conceitos utilizados para se sustentar uma ou outra posição. Partimos, assim, de uma discussão atual, porém retornamos aos seus fundamentos, para posterior posicionamento com relação às consequências dessa discussão.

Notamos, desde já, portanto, que uma divergência teórica tem implicações clínicas e políticas, que justificam o avanço na questão “*quando* se constitui a estrutura psicótica?”. Para responder a essa pergunta, nessa pesquisa nos remeteremos a diversas outras, como: “esse *quando* se refere ao tempo lógico do inconsciente ou ao tempo cronológico do desenvolvimento?”, “a constituição da estrutura se localiza no tempo da infância?”, “o que é infância, ou o que é criança, para a psicanálise?”, “*como* se constitui a estrutura psicótica?”, “há estrutura?”, “o que é uma estrutura?”, “o que é psicose?”. São questões que, em última instância, levam-nos a refletir sobre a gênese disso que nomeamos *estrutura psicótica*. E vale ainda

perguntarmos: é possível determinar sua gênese?

Apesar de não apresentarmos casos clínicos, é importante situar que a leitura que faremos de Lacan é orientada por questões que emergem da prática clínica, assim como pela questão que ele mesmo enfatiza ao realizar seu exame dos escritos ditos técnicos de Freud: “o que fazemos quando fazemos análise?” (1953-54/2009). Ele parte, “pois, da atualidade da técnica, do que se diz, se escreve e se pratica quanto à técnica analítica.” Lacan diz ainda que há uma “confusão radical” acerca da psicanálise, no sentido de que não há um único analista “que tenha, no fundo, a mesma ideia que qualquer outro dos seus contemporâneos ou vizinhos a respeito daquilo que se faz, daquilo a que se visa, daquilo que se obtém, daquilo que se trata na análise.” (p. 19 e 20)

Essa confusão radical parece ter relação com a noção de verdade e com o estatuto do saber em psicanálise. Lacan afirma que “Se a palavra é tomada como ela deve ser, como ponto central de perspectiva, é numa relação a três, e não numa relação a dois, que se deve formular, na sua completude, a experiência analítica.” (p. 21). A verdade ou o saber, portanto, não estariam no médico e nem no paciente, mas poderiam surgir, na relação, a partir do método da associação livre. Lacan aponta, no entanto, o distanciamento entre a experiência e aquilo que se pode produzir de teoria, devido justamente à singularidade da experiência analítica. O que pode ser transmitido, portanto? O que se mantém da obra de Freud para pensarmos a clínica, hoje? Como passar do singular para o universal, que constitui a teoria? Com que propósito se expende o esforço de tornar inteligível a experiência? É possível transmiti-la? Afinal, por que fazer pesquisa em psicanálise na universidade?

Mezêncio (2004) defende que a pesquisa psicanalítica na universidade deve se valer da própria psicanálise como método, no sentido de que o professor de psicanálise “não visa cobrir todos os pontos de uma vez, nem em fazer bonito, completo, coerente.” Miller apud Mezêncio, “sugere que é necessário falar de boa-fé, ou seja, não se trata de repetir saberes estabelecidos, mas de reinventar a psicanálise baseando-se nos pontos de tropeço de cada um que se coloca em causa em relação ao saber.” (p. 111).

“Um obstáculo, um impasse ou um tropeço coloca o pesquisador em trabalho de transferência ao texto escutado ou lido. As lacunas do texto levam às perguntas, e o método psicanalítico ensina que a verdade está aí e não na resposta.” (p.112). Portanto, parece-nos que essa pesquisa, em psicanálise, na universidade, pode se valer, como objeto de estudo, dos textos que podem ser lidos e criptografados, decifrados, a partir das questões que surgem na prática clínica.

O que se pretende é tentar apreender algo de verdadeiro sobre o psiquismo da criança,

assim como Lacan, ao ler Freud, procurou resgatar o verdadeiro sentido da experiência psicanalítica. Para ele, o trabalho de releitura da obra freudiana não consistia em tomar toda afirmativa freudiana como verdadeira, uma vez contextualizada em determinado momento histórico de sua obra. Sua leitura visava, antes, “procurar, não o que Freud verdadeiramente disse, mas sim o que Freud teria dito de verdadeiro. Todo esforço da teorização de Lacan será então tentar extrair que verdade do psiquismo teria sido posta em cena pela experiência analítica.” (Lustoza, 2006, p. 36)

Segundo Lacan (2004/1962-1963, p. 70 apud Mezêncio, 2014, p. 109) o que se apresenta como necessário, no plano da experiência, é colocar todas as perguntas. Diante disso, temos que “a verdade em psicanálise só pode ser, por estrutura, meio-dita, e a totalidade uma ilusão.” É preciso haver-se com o recalque, que se coloca como o limite da verdade, ou seja, entende-se que não é possível ter acesso completo ao inconsciente.

Tendo demonstrado as implicações da querela atual acerca da psicose na criança e os limites do método de investigação em psicanálise na academia, sem o intuito de esgotar a questão, buscaremos delimitar o estatuto desse diagnóstico, para ampliarmos a possibilidade de discussão sobre o tema. Por considerar que a psicanálise é um campo de tensões desde sua fundação, optamos por não ignorar nenhum dos posicionamentos acerca da constituição psicótica. Dessa forma, recorreremos à primeira clínica de Lacan, em que ele desenvolve a noção de estrutura psicótica (Capítulo 1), para então situar a discussão atual acerca desse diagnóstico na clínica com crianças (Capítulo 2), e discutiremos qual a implicação dessa concepção teórica para o processo diagnóstico (Capítulo 3).

1 O Percurso em Direção à Noção de Psicose como Estrutura

Neste capítulo propomos um breve retorno (em termos cronológicos) a Freud, especialmente a quatro artigos (Neuropsicoses de defesa, Rascunho H, Neurose e Psicose e Perda da Realidade na Neurose e na Psicose), nos quais ele procura diferenciar neurose de psicose. Não pretendemos estabelecer equivalências entre os conceitos freudianos e lacanianos, mas com o intuito de pensar a partir das ideias freudianas, com Lacan, considerar a vivacidade dos conceitos psicanalíticos, e pensar a partir deles. Para isso, pareceu-nos importante desenhar um breve esboço de como Freud considerou (ao menos essa é a leitura de Lacan) que neurose e psicose são estruturas distintas, no sentido de haver uma descontinuidade entre elas.

Na sequência, acompanhamos Lacan de sua tese, publicada em 1932, em que ele pensou a paranoia em sua relação com a personalidade, até seus trabalhos sobre a psicose enquanto estrutura clínica, na década de 1950. Podemos perceber que Lacan percorreu diversos embates que se referem à gênese da psicose: seria ela psicológica ou orgânica? É possível estabelecer uma causa, ou estabelecer os determinantes da psicose?

Para isso, utilizamos a tese de 1932, a pequena obra Complexos familiares (1938/2008), Formulações sobre a causalidade psíquica (1947/1998), Estádio do Espelho (1949/1998), Seminário III (1955-56/1988) e De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (Lacan, 1959/1998).

1.1 A psicose em Freud: a defesa, o fracasso da defesa e a noção de temporalidade

No artigo Neuropsicoses de defesa (1894/1996), Freud tenta esboçar como se forma uma psiconeurose. Apesar de este termo abranger, neste artigo, tanto a neurose (histeria, obsessão e fobia) quanto a psicose, Freud começa a delinear algumas diferenças em suas formações, no que concerne ao modo de defesa utilizado pelo Eu¹ diante de uma representação muito aflitiva. Freud não fala nesse artigo sobre em que poderia consistir essa representação aflitiva, o que nos remete à questão: do que o Eu se defende? Ou então, por que ou como uma representação ganha o estatuto de insuportável, ou aflitiva?

Consideraremos que esse afeto aflitivo tem relação com as questões fundamentais da

¹O termo “Eu, utilizado por Freud, nesse momento, designava a sede da consciência, em relação à primeira concepção do aparelho psíquico, formado por instâncias: *Consciente*, *Pré-consciente* e *Inconsciente*. Trata-se de uma concepção tópica e dinâmica do psiquismo, uma vez que os “lugares” psíquicos não são localizados anatomicamente e não possuem nenhuma realidade ontológica. (Garcia-Roza, 1984)

existência, que se referem aos temas da sexualidade, da morte e da procriação (Lacan, 1955-56/1988). Afinal, se pensarmos que o eu se defenderia apenas de algo que é considerado moralmente inadequado, por exemplo, teríamos de considerar que a proibição teria de já estar inscrita no psiquismo para que a defesa fosse necessária, o que a clínica com crianças muito pequenas nos parece colocar em questão. No entanto, se é evidente que o ser humano sofre por conflitos morais, e adoece de ideias, consideraremos que o Eu se defende também, antes de mais nada, de seu desamparo absoluto e estrutural, o que Freud também demonstrou.

Mas, independentemente de qual a natureza da insuportabilidade da representação, Freud afirma que seus pacientes eram saudáveis até o momento em que o Eu se deparou com uma representação que lhes suscitou um afeto insuportável (ou uma soma de excitação). Então, por não ser possível erradicar o traço mnêmico (ou a representação) do psiquismo, e tampouco este afeto a ele associado, o Eu precisa, de alguma forma, se defender deste afeto aflitivo, o que leva à posterior formação de sintomas.

No entanto, neste artigo, Freud articula o problema apontando para duas formas de defesa, uma que levaria à neurose (obsessiva ou histérica), e outra cuja consequência seria a confusão alucinatória, ou a psicose. No caso da neurose obsessiva e histérica, diante de uma representação muito aflitiva, o Eu se defenderia desvinculando-a dessa soma de excitação, ou seja, enfraquecendo-a, tornando-a menos ameaçadora. À soma de excitação, no entanto, por não poder ser erradicada, seria necessário oferecer um destino, e é neste momento que a neurose obsessiva se diferencia da neurose histérica. Segundo Freud, o obsessivo ligará esse afeto à outra representação, ao passo que o histérico recorrerá à conversão, ou seja, à transformação do afeto, ou da soma de excitação, em algo somático, em um sintoma no corpo.

Já na defesa que levaria à psicose, segundo Freud, em vez de a representação intolerável ser descarregada do afeto aflitivo, o Eu rejeitaria² a representação *junto* a seu afeto, de forma que a representação se manteria carregada da soma de excitação e se comportaria *como se* nunca tivesse sido registrada no psiquismo. É *como se* a representação ficasse, então, associada a um fragmento da realidade; ela não será reconhecida como fazendo parte de seu psiquismo, levando à confusão alucinatória. Ou seja, a representação (ou ideia) carregada de afeto e dissociada do Eu, reaparece como se estivesse na realidade, não como se fosse produção do Eu.

Em outro momento, ainda nessa época, no chamado Rascunho H, Freud (1895/1996) tenta delinear a diferença entre a paranoia e a confusão alucinatória. Ele diz que, na paranoia, o Eu também mantém afastado de si o elemento psíquico intolerável juntamente com seu afeto,

²Lacan substituirá o termo freudiano *Verwerfung* (rejeição), por forclusão, como veremos mais à frente.

o que só é possível à custa de um desligamento parcial do mundo externo. O que as diferencia, portanto, seria o fato de que, na confusão alucinatoria, as alucinações comprazem o Eu, ao passo que na paranoia, as alucinações são hostis ao Eu.³

O fato de haver uma hostilidade entre o Eu e a escolha sintomática, demonstra que a defesa malogra, total ou parcialmente, como Freud procurou demonstrar em seus artigos intitulados *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924/2007a), e *Neurose e Psicose* (1924/2007b). Podendo, nessa época, pensar a psicose e a neurose a partir da segunda tópica⁴, Freud afirma que, em ambos os casos, trata-se do Eu tentando administrar os impulsos provenientes do Id e as exigências de adaptação a um mundo previamente organizado com suas leis e proibições. A partir de então, portanto, Freud não fala apenas em defesa a uma representação intolerável, como disse em *Neuropsicoses de defesa*, mas sim do Eu tentando administrar forças psíquicas contrárias (super-ego, id, realidade): a reação do Eu, na neurose,

³Neste artigo, Freud utiliza o termo projeção para pensar esse mecanismo da paranoia, o que significaria dizer que uma percepção interna seria suprimida e ingressaria na consciência sob a forma de percepção externa. No entanto, esse termo é considerado vago para pensar a psicose, porque se trata de um mecanismo presente no funcionamento neurótico, não caracterizando uma alucinação, ou uma invasão ao Eu. Por essa razão, a ideia de projeção para pensar a psicose foi retificada pelo próprio Freud (1911/1996), em Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia, o caso Schreber. Ele diz que "foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior, a verdade é, pelo contrário, que aquilo que foi internamente abolido retorna de fora" (p.95).

⁴Com a segunda tópica, Freud contrapõe à oposição consciente/inconsciente, a oposição ego/id(recalcado). A partir de então a noção de ego (eu), que até então estava ligada inteiramente à ideia de consciência, passa a considerar uma parte inconsciente. (Garcia-Roza, 1984) Assim, a nova tríade proposta *Ego, Id e Superego (ideal do eu)* não substitui a antiga *Consciente, Inconsciente e Pré-consciente*. Segundo Roudinesco (1998, p. 210), essa segunda tópica "deu origem a três leituras divergentes da doutrina freudiana: a primeira destaca um eu concebido como um pólo de defesa ou de adaptação da realidade (Ego Psychology, anafreudismo); a segunda mergulha o eu no isso, divide-o num eu [moi] e num eu [je] (sujeito), este determinado por um significante (lacanismo); e a terceira inclui o eu numa fenomenologia do si mesmo ou da relação de objeto (Self Psychology, kleinismo)". Diante disso, sem desconsiderar a complexidade do entendimento da noção de eu, pelos seus diferentes desdobramentos, para essa pesquisa interessa pensar qual foi o entendimento de Lacan. Para ele, o eu é uma construção que se dá a partir do Estádio do Espelho (como veremos no subitem 2.2.2), ou seja, é o núcleo da instância imaginária. "A criança se reconhece em sua própria imagem, caucionada nesse movimento pela presença e pelo olhar do outro (...) que a identifica, que a reconhece simultaneamente nessa imagem. Nesse instante, porém o eu [je] é como que captado por esse eu [moi] imaginário: de fato o sujeito não sabe o que é, acredita ser aquele eu [moi] a quem vê no espelho. Trata-se de um engodo, (...), já que o discurso desse eu [moi] é um discurso consciente, que faz "semblante" de ser o único discurso possível do indivíduo, enquanto existe, como que nas entrelinhas, o discurso não controlável do sujeito do inconsciente." (Roudinesco, 1998, p. 212). Em outras palavras, o eu [moi] é "uma construção, um objeto mental, e embora Freud confira a ele o estatuto de uma instância (Instanz), na versão da psicanálise lacaniana o eu claramente não é um agente ativo, sendo o inconsciente o agente que desperta interesse. Em vez de ser um lugar de instância ou atividade, o eu é na visão de Lacan, o lugar de fixação e de ligação narcísistica. Além disso, ele inevitavelmente contém "imagens falsas", no sentido de que as imagens do espelho são sempre imagens invertidas (...) e na medida em que a "comunicação", que leva a internalização de "imagens" ideais estruturadas linguisticamente – tais como "Você é um filho modelo" – está, como toda comunicação, sujeita a mal-entendidos." (Fink, 1998, pp 57-58). Podemos perceber, portanto, a importância de esclarecer como a noção de eu é utilizada por cada teórico e/ou comentador, afinal, é um conceito muitíssimo utilizado de diferentes maneiras, o que pode gerar discussões improdutivas, caso não considerarem que não se parte da mesma ideia de eu. Além disso, me parece que a divergência com relação a esse conceito é consequência de, ao mesmo tempo que implica diferentes concepções acerca do que é a psicanálise. Nesse sentido, podemos dizer que o objetivo da análise, de orientação lacaniana, com a neurose, não consiste em dar ao analisando uma imagem "verdadeira" ou correta de seu eu [moi], uma vez que o eu [moi] é uma distorção, ou "um depósito de mal-entendidos." (idem).

seria a de ceder às exigências da realidade, *reprimindo* parte do Id, ou do impulso instintual, e na psicose, o Eu se *afastaria* da realidade, por ceder à sua dependência do Id. A neurose configuraria, então, o resultado do conflito entre Eu e Id, ao passo que o conflito, na psicose, se mantém entre o Eu e o mundo exterior.

No entanto, o fato de o neurótico ceder às exigências da realidade não garante que ele manterá sua relação com a realidade, segundo Freud (1924/2007b). O neurótico também tentará substituir a realidade indesejada por outra mais conforme aos seus desejos, por meio da construção de uma realidade de fantasia⁵, contando com a possibilidade deslocar seu desejo. Ao passo que a representação rejeitada juntamente com seu afeto, na psicose, retorna como alucinação, ou seja, como algo que o sujeito não sente como sendo produção sua, mas que vem de fora, na realidade.

Notamos, portanto, que a representação, intolerável para o Eu, a despeito de seus esforços para rejeitá-la, insiste em se presentificar, tanto na neurose quanto na psicose, pois o Eu é incapaz de dissolvê-la de fato, ou, em outras palavras, a defesa malogra. No entanto, como as defesas são distintas na neurose e na psicose, ou seja, há uma diferença na reação que introduz cada estrutura, também haverá diferentes retornos da representação da qual o Eu se defendeu. Se na neurose, houve uma adequação à realidade em um primeiro momento, no segundo momento haverá uma tentativa de reparação, por meio da construção de uma fantasia. E na psicose, se houve perda da realidade na sua introdução, ou seja, não houve uma subordinação à realidade, posteriormente, essa rejeição retorna, não como produção do sujeito, mas como algo que lhe é exterior, havendo uma modificação mais intensa da realidade.

Assim, notamos que, embora se considere haver uma perda maior da realidade na psicose, em ambos os casos há algum prejuízo nesse sentido. A diferença estaria no fato de que a perda da realidade, na neurose, estaria localizada em um segundo momento, ao passo que na psicose, a perda da realidade se localizaria no momento mesmo da defesa.

Freud insere, dessa forma, uma noção temporal para pensar as formações sintomáticas na neurose e na psicose, sem indicar que esses dois tempos necessários tenham alguma equivalência com o tempo cronológico. Ao contrário, se considerarmos seu artigo metapsicológico sobre *O inconsciente*, Freud (1915/2006) afirma que a sequência temporal do

⁵Segundo Roudinesco (1998, p. 223), realidade de fantasia trata-se de termo correlato da noção de realidade psíquica – “designa a vida imaginária do sujeito e a maneira como este representa para si mesmo sua história ou a história de suas origens: fala-se então de fantasia originária.”. A realidade psíquica, por sua vez, trata-se de um “termo empregado (...) para designar uma forma de existência do sujeito que se distingue da realidade material, na medida em que é dominada pelo império da fantasia e do desejo. Historicamente, a ideia nasceu do abandono da teoria da sedução por Sigmund Freud e da elaboração de uma concepção do aparelho psíquico baseada no primado do inconsciente.” (idem, 1998, p. 646).

inconsciente não está ligada à noção consciente da passagem do tempo: "Os processos do sistema Inconsciente são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo." (p. 214). Assim, embora não se trate do tempo cronológico, concreto, Freud insere a noção de temporalidade na formação sintomática, associada à perda da realidade, da neurose e da psicose; tema em torno do qual, como veremos no Capítulo 3, não há consenso entre psicanalistas lacanianos quando se trata da clínica com crianças psicóticas.

Diante dessa noção de temporalidade, parece importante questionar: a estrutura se define no primeiro momento, ao defender-se, ou no momento da formação do sintoma? Parece-nos que essa questão está ainda em aberto, pois remete à noção de *causalidade da estrutura*, que ainda é obscura. Além disso, podemos nos perguntar se é mesmo possível responder a essa questão, além de por que razão seria importante descobrir a causalidade da estrutura: em que esse saber auxiliaria o clínico para pensar a direção do tratamento?

Freud (1924/2007b) se questionava sobre em que circunstâncias o Eu conseguiria não adoecer diante dos conflitos com as outras instâncias (super-ego, id, realidade), uma vez que eles estão sempre presentes, e supõe que para isso seria necessário unir certos traços de ambas as reações: negar a realidade tão pouco como a neurose, mas se empenhar em *alterá-la* como a psicose. Ou seja, para não adoecer, o critério de Freud não está em adquirir uma adequada relação com a realidade. Sua proposta, nesse artigo, consiste em aceder à realidade como faz o neurótico, e então construir uma fantasia mais consistente para se estar no mundo.

Podemos perceber que Freud já articulava o problema da psicose situando-a em sua diferença fundamental em relação à neurose, embora não dissesse que as formas de cada uma se reduzissem a uma só. Dessa forma, podemos concluir que Freud estava tentando traçar um princípio que orientasse um diagnóstico diferencial bem fundamentado. Esse ordenamento da estrutura, ele o localizou na forma de defesa do Eu a uma representação intolerável, de maneira que mesmo apresentando sintomas distintos, a histeria e a obsessão se referem à mesma estrutura – neurótica; ao passo que a confusão alucinatória e a paranoia, embora também diferentes no que concerne ao fenômeno que se apresenta ao clínico, têm o mesmo princípio organizador do psiquismo, psicótico, baseado na escolha da defesa.

Podemos perceber, portanto, que embora possamos falar em uma diferença fundamental entre cada uma dessas estruturas, Freud demonstrava que ambas têm muito comum: são resultado de um conflito entre as exigências do mundo externo e as pulsões sexuais do Id, cuja mediação é realizada pelo Eu, estão ligadas a uma representação aflitiva da qual o Eu procura se defender e, em ambas, há perda da realidade.

Além disso, é importante destacar que, apesar dos esforços de Freud em diferenciar os tipos de defesa e delimitar no que implica o malogro deles, é preciso acentuar que há sempre, como a clínica o demonstra e Freud faz notar em sua obra, algo da ordem do absoluto singular e impossível de apreender.

1.2 Gênese da psicose: orgânica, psicológica ou sobredeterminada?

Em sua tese de doutorado em psiquiatria, Lacan (1932/1987) fez suas primeiras contribuições para o estudo da psicose, no sentido de pensá-la como condição psicológica e não biológica, embora ainda muito influenciado pelo pensamento organicista. Segundo Lacan, Serieux e Capgras relacionavam a gênese do delírio com predisposições constitucionais, ou seja, de ordem orgânica. Porém, Lacan cita Bleuler, dizendo que este teria encontrado outra explicação, baseada em “reações do sujeito a situações vitais”, de ordem sexual ou profissional (p. 69).

Segundo Lacan, muitos pesquisadores alemães consideraram indiscutíveis, na época, as conclusões de Bleuler acerca do fator psicogênico da psicose. Bleuler teria demonstrado esses “mecanismos reacionais” (p. 69) a situações insuportáveis⁶, mediante minuciosos estudos da vida de sujeitos psicóticos. Nas palavras de Bleuler, citado por Lacan (p. 69):

Ele reage como reagiria um sujeito normal, seja recusando a realidade (delírio de grandeza), seja relacionando seu fracasso a alguma maldade do exterior (delírio de perseguição). A diferença entre o paranoico e o normal está em que, se o indivíduo tão logo corrige suas ideias por influência de uma melhora relativa da situação ou de uma atenuação secundária da reação afetiva, o paranoico perpetua essa reação pelo fato de uma estabilidade especial de sua afetividade.

Segundo essa lógica, portanto, a formação delirante seria uma reação a conflitos internos⁷, que, por sua vez, estão presentes em qualquer pessoa. Assim, para Bleuler, a origem do delírio localizar-se-ia em um mecanismo que ele diz ser similar ao que se observa em “pessoas sãs, quando uma paixão as toma” (p. 72). Segundo conclui Bleuler, diz Lacan, o elemento patológico consistiria em que os erros permanecessem impossíveis de corrigir e se estendessem por propagação.

Já da obra de Kretschmer, Lacan menciona a ideia de que o delírio poderia ter como causa determinante um “acontecimento vivido (*Erlebnis*) em todo seu alcance vital e

⁶ Freud, como vimos, fala de “representações insuportáveis”.

⁷Para Freud, como vimos, o conflito na neurose se estabelece entre o Ego e o Id, e, na psicose, entre o Ego e a mundo exterior.

significativo” (pp. 82-3). Ele afirma que apesar de Kretschmer ainda admitir uma base biológica para a psicose, ele defende que as causas, os sintomas e a evolução do delírio são manifestações cujos determinantes são puramente psicogênicos. Em outras palavras, Kretschmer fala em reações a “acontecimentos de forte carga afetiva” (p. 83) e diferencia a psicose da histeria, no que se refere à localização da repressão; na psicose, para ele, a repressão mantém isso que ele chama de “complexos ideo-afetivos”, na consciência, ao passo que na histeria, a “lembrança penosa” é repelida para o inconsciente. Dessa forma, na psicose, a representação e o afeto desagradável ligado a ela se reproduziriam de maneira indefinida na consciência, sendo para Kretschmer um modo de repressão radicalmente oposto ao do recalçamento na histeria, que “repele a ‘lembrança’ penosa para o inconsciente”.

Além de considerar que a psicose é resultado de acontecimentos vividos, de forte carga afetiva, Kretschmer sustenta, assim como Bleuler, que esses acontecimentos “têm um alcance ético”, por serem “acontecimentos da vida sexual e profissional” (p. 83). Seriam situações, portanto, que acionam conflitos de ordem moral no que concerne à sexualidade, a falhas profissionais e questões referentes a relações sociais em geral.

Além de mencionar posicionamentos segundo os quais a psicose não é mero produto de uma patologia orgânica, Lacan (1932/1987) diferencia a psicose da demência, afirmando que na demência a lesão orgânica é no mínimo provável, ao passo que, na psicose, há “ausência de qualquer déficit detectável pelas provas de capacidade (de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso)”, e “ausência de qualquer lesão orgânica apenas provável” (p. 2). Ele acrescenta ainda que “existem distúrbios mentais que relacionados (...) à ‘afetividade’, ao ‘juízo’, à ‘conduta’, são todos eles distúrbios específicos da síntese psíquica.” (idem).

Além disso, Lacan afirma que processos orgânicos têm um papel “não-específico” no desenvolvimento da psicose e que eles criam uma causa ocasional, determinando seu início (desencadeamento): “os processos orgânicos, ainda que não específicos, desempenham o papel de causa ocasional (determinante do desencadeamento dos sintomas)” (p. 355). O desencadeamento seria, então, o momento em que processos patogênicos, aos quais a pessoa estaria predisposta, seriam postos em ação, dando início à manifestação dos sintomas.

Podemos notar, portanto, que embora Lacan, em sua tese de doutorado em psiquiatria, fale da paranoia em relação à personalidade e expresse atitude crítica aos modelos biológicos de psicose, ele ainda não tinha posicionamento definitivo com relação à premissa, dominante na psiquiatria, de que a causa dos distúrbios psicóticos estava no cérebro. Inclusive, ele posteriormente utilizará o termo automatismo mental e fenômenos elementares, alterando o

sentido desses conceitos, na medida em que modifica sua abordagem acerca da psicose.⁸

Já na obra *Os complexos familiares* (1938/2008), Lacan procura estabelecer as condições psicológicas que poderiam desempenhar papel determinante na psicose, porém, ao fazer isso, ele não refuta a hipótese da causalidade biológica, apenas diz que se limitará ao “exame dos fatores propriamente familiares” (p.72). Dessa forma, a partir de sua teoria do desenvolvimento psíquico, com a descrição dos diferentes complexos, Lacan descreve a paranoia como regressão ao estágio do espelho (ou ao complexo da intrusão), em que haveria a predominância de uma relação imaginária com o mundo, e a esquizofrenia como regressão à fase do desenvolvimento que antecede o estágio do espelho, ou seja, ao complexo de desmame. No entanto, embora esses termos utilizados por Lacan possam levar à interpretação de que na gênese da psicose há, de fato, uma regressão ou fixação no desenvolvimento, ele esclarece mais ao final da obra que não pode afirmar qual é a causalidade da psicose, apenas pode estabelecer uma relação de semelhança, em termos de conteúdo, ou de temas, com cada complexo:

Resta estabelecer se os complexos que desempenham esses papéis de motivação e de tema nos sintomas da psicose também têm um papel de causa em seu determinismo; e essa questão é obscura.

Quanto a nós, se quisemos compreender esses sintomas através de uma psicogênese, estamos longe de ter pensado com isso reduzir o determinismo da doença. Muito pelo contrário, demonstrando que a fase fecunda da paranoia comporta um estado hipnótico: confusional, onírico ou crepuscular –, ressaltamos a necessidade de alguma base orgânica para a subdução mental em que o sujeito se inicia no delírio.⁹ (p. 71).

Notamos, portanto, que nessa fase, Lacan continua inserido nos embates teóricos referentes à gênese psicológica X gênese biológica da psicose, mas circunscreve seu objeto de pesquisa, colocando em questão qual a sua dimensão de inteligibilidade. Podemos pensar que, talvez, ao demarcar características psicopatológicas a partir de interrupções ou fixações no desenvolvimento psíquico, Lacan esteja ainda muito influenciado pelo paradigma organicista. No entanto, nessa obra, ele sustenta que o desenvolvimento psíquico não envolve apenas maturação biológica, mas também depende de interações sociais e do contexto familiar da criança. Por essa razão, ele utiliza o termo “complexo”, em contraponto ao termo “instinto”, referindo-se à transmissão cultural de “uma certa realidade do meio ambiente” (p. 20); assim

⁸A noção de automatismo mental, termo inventado por Clérambault, refere-se à sensação de que as palavras e os pensamentos vêm de fora, ou seja, não são produções próprias (Miller, 2009), mas referia-se à noção da psicose enquanto doença orgânica. Lacan continuará utilizando esse termo, porém modificará seu sentido, como veremos no item 2.4.

⁹Essa ideia parece estar de acordo com a noção freudiana de sobreterminação. Em resposta às críticas ao seu artigo sobre a neurose de angústia, Freud (1895/1996b) desenvolve um quadro complexo da situação etiológica, através do qual demonstra que as neuroses são sobredeterminadas, ou seja, vários fatores operam conjuntamente em sua etiologia.

como contrapõe o termo “familiar” ao termo “hereditário” (p. 65), sendo este referente às transmissões biológicas.

Lacan parece, assim, estar elaborando conceitos que permitem pensar a construção da realidade psíquica¹⁰ na neurose e na psicose e, embora ainda admita a necessidade de algo de ordem orgânica para ocasionar a psicose, ele insiste, ao longo da obra, em enfatizar a prevalência de fatores culturais, afirmando, em relação à psicologia e ao caráter do objeto estudado, que “a ordem de realidade em questão é o objeto próprio desta ciência.” (p. 19).

Na medida em que, com efeito, ela rompe com as abstrações acadêmicas e visa, seja na observação do *behaviour*, seja pela experiência da psicanálise, dar conta do concreto, essa pesquisa, especialmente quando se exerce nos fatos da “família como objeto e circunstância psíquica”, nunca objetiva os instintos, mas sempre os complexos. Esse resultado não é o fato contingente de uma etapa redutível da teoria; é preciso reconhecer nele (...) esse caráter essencial do objeto estudado: seu condicionamento por fatores culturais, à custa dos fatores naturais. (p.19)

Tendo assim não refutado os fatores naturais, mas retirado sua importância em relação aos fatores culturais no que se refere à gênese da psicose, Lacan sustenta que a realidade é formada e fixada em cada complexo, referente a etapas do desenvolvimento psíquico e a diferentes relações objetais. A realidade fixada em cada complexo se repete, então, nos complexos seguintes, “cada vez que se produzem certas experiências que exigiriam uma objetivação¹¹ superior dessa realidade” (p. 20). Em outras palavras, em cada complexo haveria uma alienação do bebê, que se projeta nos objetos com os quais se relaciona e, constrói, assim, sua relação com a realidade.

Os complexos aos quais Lacan se refere, tanto no que diz respeito ao seu conteúdo (representativo de um objeto), quanto à sua forma (ligada a uma etapa da objetivação), pertencem ao domínio da cultura. O que é fundamental de cada complexo é que uma imago específica, ou “uma representação inconsciente” (p.21) específica, é central para as ações da criança. O primeiro, nomeado Complexo do desmame, tem como representação central a “imago do seio materno” (p. 26); o segundo, o Complexo da intrusão, a “imago especular” (p.36), e o terceiro, o Complexo de Édipo, a “imago do pai” (p. 54). Para haver “progresso da

¹⁰Parece importante situar que o conceito de realidade psíquica implica a noção de que a realidade não está em algum lugar, dissociada do eu, passível de ser finalmente descoberta. O aparelho psíquico constitui-se em um movimento de afastamento do excesso de estímulo exterior (Freud, 1920) e, se relaciona com os objetos, alucinando-os. Lacan (1938/2008) ressalta o fato de o bebê humano nasce completamente dependente de cuidados e, por isso, precisar superar essa fragilidade por meio da relação com outro ser humano. Ele demonstra, então, que essa relação se estabelece via objeto (imago do seio), ou seja, o objeto com que a criança se relaciona durante a fase de desmame não é a pessoa da mãe, mas a representação inconsciente (imago) do seio da mãe.

¹¹Lacan parece referir-se ao termo hegeliano de objetivação, que se refere ao processo em que o espírito humano experimenta uma alienação de sua real natureza subjetiva, projetando-se em objetos e construindo a realidade.

personalidade” (p. 28), Lacan diz que essas imagens devem ser sublimadas, permitindo que novas relações objetais se introduzam. Se a imagem não é sublimada, ou seja, se resiste às exigências do “progresso da personalidade”, “a imagem, salutar na origem, torna-se fator de morte.” (p. 28). Logo, nessa obra de Lacan, parece-nos que ele pensa em termos parecidos com os de Melanie Klein (1930/1996a), quando ela fala do menino Dick.¹²

Além disso, Lacan diz que ao passar do complexo do desmame para o complexo de intrusão, em torno dos seis meses de idade, com a diminuição da importância da amamentação, o bebê inicia o estágio do espelho¹³, em que se identifica com a imagem especular. Seria esse processo de identificação primária que possibilitaria ao bebê reconhecer-se como unidade, ou seja, que possibilitaria a constituição do Eu. Antes disso, o bebê estaria vivendo em estado predominante de mal-estar, caracterizado pela experiência de fantasia do corpo despedaçado, somada aos impulsos libidinais.

Essa identificação primária, que Lacan chama “identificação afetiva” (p. 35) difere da identificação secundária, resultante da conclusão do complexo de Édipo. Segundo ele, haveria uma lacuna conceitual na doutrina psicanalítica para tratar dessa função psíquica, que ele, então, tenta suprir:

Ora, o reconhecimento pelo sujeito de sua imagem no espelho é um fenômeno que, para a análise desse estágio, é duplamente significativo: o fenômeno aparece após os seis meses e seu estudo nesse momento revela de maneira demonstrativa as tendências que constituem, então, a realidade do sujeito; a imagem especular, em virtude mesmo dessas afinidades, fornece um símbolo dessa realidade: do seu valor afetivo, ilusório como imagem, e de sua estrutura, como ela reflete a alma humana. (pp. 35 – 36).

Ao colocar nesses termos a construção da relação com a realidade, Lacan relativiza noções presentes na abordagem organicista segundo as quais há um déficit na capacidade perceptiva do psicótico. Todos temos, nesse sentido, uma relação alucinada com os objetos e com a nossa própria imagem. Segundo Lacan, podemos pensar que tanto a constituição do eu quanto a construção dessa relação com a realidade, são em si mesmas uma defesa contra um estado confusional (ou uma experiência de fantasia do corpo despedaçado, somada aos impulsos libidinais), que remete ao desamparo fundamental do humano no início de sua existência.

¹²Klein fala em termos de sublimação como o “caminho” saudável para a criança, a cada nova relação com novos objetos.

¹³O Estágio do espelho pode ser pensado em referência a noção de narcisismo, em Freud (1914/1996), que, por sua vez, tem relação com a organização libidinal, presente em qualquer ser humano, em que o Ego toma a si como objeto de amor, ao se reconhecer em uma imagem unificada, no espelho. Essa imagem se constrói a partir do investimento de um outro (como a mãe ou o pai, por exemplo), e se torna depositária das expectativas dos pais – trata-se, portanto, do Eu ideal.

Portanto, nessa obra, apesar de Lacan não refutar a possibilidade de determinantes orgânicos, ele defende, enfaticamente, que o que especifica o humano é justamente a subversão dos instintos e que, portanto, o ser humano se caracteriza pelas formas fundamentais da cultura, que podem, por sua vez, variar infinitamente. Dessa forma, as hipóteses da causalidade orgânica da psicose acabam por se tornarem subordinadas a esse aspecto fundamental que constitui o ser humano. Esse percurso teórico de Lacan, portanto, faz-nos colocar em questão a especificidade desse objeto de estudo, qual seja, a loucura. Sua crítica à teoria organicista, portanto, parece ser, como veremos, de ordem epistemológica – qual a noção de verdade sustentada pela teoria organicista da loucura?, será possível dissociar essa noção de verdade de uma dimensão ética? Por ora, apenas colocaremos as questões às quais somos necessariamente levados ao ler Lacan.

1.2.1 Crítica à noção de verdade da teoria organicista da loucura

A psicologia nunca poderá dizer a verdade sobre a loucura, pois é a loucura que detém a verdade da psicologia.

Michel Foucault

Em 1947, no texto *Formulações sobre a causalidade psíquica*, Lacan parece muito mais decidido em seu posicionamento contrário à teoria organicista da loucura, e tece dura crítica ao organo-dinamismo de Henri Ey. Segundo Lacan, a concepção organicista de Henri Ey “não tem as feições da ideia verdadeira” (p. 154), no sentido de que essa ideia deve estar de acordo com a epistemologia da questão a que se procura responder. Mas Ey, diz Lacan, faz o contrário, apresentando “uma crescente contradição com seu problema original e permanente.” (p. 155).

Lacan enfatiza, então, a importância de colocar em questão a noção do verdadeiro na epistemologia científica, na medida em que esta noção é que condiciona, em sua essência, o fenômeno da loucura. Assim, ao questionar Henri Ey acerca do que distingue um doente evidentemente neurológico de um louco, Lacan expõe porque ele considera que Ey se contradiz: se este considera a paranoia como reação da personalidade, além de dar ênfase em suas exposições a uma descrição estrutural preta de atividade psíquica, como pode refutar por completo a hipótese da psicogênese? Para Lacan, essa tentativa de Ey de negar a psicogênese, faz com que ele perca de vista a verdade do psiquismo:

O movimento de Henri Ey é por certo empolgante, mas não se pode segui-lo por muito tempo, em razão de percebermos que a realidade da vida psíquica é ali esmagada no nó,

sempre semelhante e, efetivamente, sempre o mesmo, que se aperta com firmeza cada vez maior em torno do pensamento de nosso amigo, na medida mesma de seu esforço para se livrar dele, furtando-lhe em conjunto, por uma necessidade reveladora, a verdade do psiquismo e a da loucura. (p. 159)

Lacan diz ainda ao público acadêmico ao qual se dirige: “O uso da fala requer muito mais vigilância na ciência do homem por toda parte, pois nela compromete o próprio ser de seu objeto. Qualquer atitude vacilante para com a verdade sempre poderá desviar nossos termos de seu sentido, e esses tipos de abusos nunca são inocentes” (p. 162).

Essa posição crítica de Lacan é interessante no sentido de que ele questiona a própria noção epistemológica da pesquisa de seu colega Henri Ey. Ou seja, ele não parece estar discutindo os resultados, apenas, mas questionando a própria noção de verdade e do caráter do objeto de estudo. Como tomá-la como mero efeito do orgânico, quando a própria noção de loucura é relativa, social, histórica, econômica e culturalmente determinada? Parece-nos que Lacan toma, assim, uma posição ética diante de seus colegas da psiquiatria, sem, por isso, dizer que aquilo que ele oferece resolva a questão de uma vez por todas. Em outras palavras, ele devolve ao objeto de pesquisa sua complexidade e evidencia como a noção de verdade não está dissociada da dimensão ética, especialmente quando o objeto de que se trata é a loucura.

Lacan diz, ainda, que teria resumido sua tese de doutorado, afirmando que não podemos esquecer que a loucura é um fenômeno do pensamento e que o verdadeiro está “por dentro” (p. 163), podendo ser apreendido apenas pelo uso da palavra. Para isso, diz ele, “(...) não podemos fiar-nos mais aqui na mente do médico que na do doente” (p. 164), correndo o risco de tomar o fenômeno como “objeto de juízo e, em pouco tempo, puro e simples objeto” (165).

Lacan parece, assim, fiel à subversão freudiana do saber, que passou o saber do médico para o inconsciente do analisante. Também podemos notar essa tomada de posição ética quando ele diz que o médico que tenta provar ao louco que o que ele diz não é verdade, “não divaga menos que o próprio louco.” (p. 178). E ainda diz, de sua posição, ética, que “como quer que se possa julgar os frutos dela, preservei por meu objeto o respeito que ele merecia, como pessoa humana.” (p. 179).

Notamos então que ele tece uma dura crítica a Ey, que considerava a alucinação um erro, e o delírio, um déficit, e defende que foi justo por essa razão, por essas crenças de Ey, que Lacan chama de um “pensamento sem deterioração” (p. 166), que Ey extraviou-se, “tomou o caminho errado” (p. 165). Diante disso, Lacan questiona, afinal, em que consiste o fenômeno da crença delirante?

Ele tenta responder a essa questão pela via da ideia de *desconhecimento*; termo que

contém em si, segundo Lacan (p. 166), uma “antinomia essencial”. Ele diz que para desconhecer, ou negar algo, é preciso tê-lo, antes, reconhecido. Se o louco é louco por não reconhecer suas produções próprias como suas, Lacan se pergunta: “o que ele ali conhece de si, sem se reconhecer?” (p. 166). Seu caminho de reflexão o leva a concluir nesse artigo que o fenômeno da loucura não é separável do problema da significação para o ser em geral, ou seja, o fenômeno da loucura é indissociável da linguagem. Dessa forma, é por essa razão que a alucinação visa o próprio sujeito pessoalmente, respondendo-lhe, interrogando-o, fazendo-lhe eco, provocando-o, o que evidencia que a loucura é experienciada no registro do sentido.

Lacan está a dizer, portanto, que o problema do inefável é colocado pela linguagem mesma (que ele chama de instrumento da mentira do homem), e não pela loucura, fazendo-nos pensar que este Eu, que se constitui no que ele chamou de Estádio do espelho, é, em si, se não um delírio, ao menos, um Eu fictício. Para Miller (2009), as “primeiras escolhas identificatórias da criança (...) não determinam outra coisa (...) senão essa loucura pela qual o homem se crê homem.” (p. 189). Nesse sentido, pensando com Miller, podemos jogar com a língua espanhola e dizer que o Eu é um “delir(yo)¹⁴”, devido à sua constituição, que se deve à alienação, como diz Lacan (1947/1998): “o primeiro efeito que aparece da imago no ser humano é um efeito de alienação do sujeito. É no outro que o sujeito se identifica e até se experimenta a princípio.” (p. 182).

Lacan afirma, portanto, como vimos no item anterior, que qualquer espécie de ciência de si, obtida no Estádio do espelho, é qualificada paranóica ou alienada. No seu artigo *O estádio do espelho*, em 1949, Lacan fala da identificação primária, em que a criança primeiro discrimina uma imagem percebida externamente (imagem do Eu vista no espelho, ou imagem de alguém que é tomado como equivalente ao Eu), e então conclui que há um Eu, ao qual se refere essa imagem, que, por sua vez, só é reconhecida quando confirmada por alguém, que testemunha sua presença. De acordo com essa lógica, portanto, todo conhecimento que o Eu tem de si, como sendo uma unidade, vem de fato de fora; trata-se de uma unidade virtual. Essa “armadura enfim assumida de uma identidade alienante” (...) “marcará com sua estrutura rígida” todo o desenvolvimento mental, que, por sua vez, será “vivido como uma dialética temporal que projeta decisivamente na história a formação do indivíduo” (p. 100).

Lacan indica, assim, que a noção que temos de nós mesmos é baseada em aspectos que, na verdade, nos são externos: primeiramente, detectamos uma imagem no mundo exterior, percebida devido à maturação precoce da percepção visual. Em seguida, no estádio do espelho,

¹⁴Eu, em espanhol.

experienciamos essa imagem (especular) como sendo algo nosso, de fato. E, em um terceiro momento, adotamos essa imagem via identificação. Em outras palavras, tomamos como nosso o que anteriormente nos era estrangeiro.

Nesse momento, diferentemente do seu trabalho intitulado *Complexos familiares*, de 1938, Lacan (1947/1998) estabelece uma causalidade da psicose, que, em suas palavras, “é a própria causalidade psíquica – a *identificação*, que é um fenômeno irreduzível –, e a *imago* é a forma definível, no complexo espaço-temporal imaginário, que tem por função realizar a identificação resolutive de uma fase psíquica, ou, em outras palavras, uma metamorfose das relações do indivíduo com seu semelhante.” (p. 187). Assim, Lacan demarca uma diferença definitiva com relação à hipótese da causalidade orgânica da psicose, pois defende que a estrutura da psicose está presente no funcionamento psíquico do sujeito antes do desencadeamento, e que tem relação com um modo de identificação. Daí sua famosa frase: “Não fica louco quem quer” (p. 177), que delimita uma diferença fundamental da psicose com a neurose, embora não negue que em ambas há “perda de realidade”. No entanto, se ele defende que a psicose não se trata de uma falha no organismo, Lacan ainda se refere à psicose como uma falha, aparentemente em relação à neurose: “longe de a loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência.”. Mas a que falha se refere Lacan?¹⁵

No seu seminário III, Lacan (1955-56/1988) não fala novamente em causalidade da psicose, e delimita um método de estudo e de tratamento, que tem como material a palavra, o discurso do paciente. Ele diz que “o verbal é aí dominante” (p.77), e que é “a partir do conhecimento que temos da importância da palavra na estruturação dos sintomas psiconeuróticos, que avançamos na análise deste território, a psicose.” Ele diz, no entanto, que não afirma que “a psicose tem a mesma etiologia que a neurose”, nem que ela seja “como a neurose um puro e simples fato de linguagem”. Ele diz que defende apenas “que ela é muito fecunda quanto ao que pode exprimir no discurso.” (idem). Além disso, Lacan, citando Freud, repete que na psicose alguma coisa que foi rejeitada no interior reaparece no exterior, e acrescenta:

Eu proponho articular para vocês o problema nos termos que se seguem. Previamente a qualquer simbolização – essa anterioridade não é cronológica, mas lógica – há uma

¹⁵O percurso de Lacan o levará a retificar a noção de psicose enquanto falha em relação à neurose. No entanto, nesse momento de sua obra, que procuramos analisar nessa pesquisa, a psicose aparentemente ainda é pensada como mais patológica que a neurose. Com a topologia dos nós, com o estudo de James Joyce, Lacan faz o que é comumente chamado de retificação ética, ao dizer que se trata de outra amarração dos três registros, não mais patológica, apenas diferente, de forma que o diagnóstico visa apenas pensar a direção do tratamento no interior de cada estrutura.

etapa, as psicoses o demonstram, em que é possível que uma parte da simbolização não se faça. Essa etapa primeira precede toda a dialética neurótica que está ligada ao fato de que a neurose é uma palavra que se articula, na medida em que o recaiado são uma só e a mesma coisa. Assim pode acontecer que alguma coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entre na simbolização, e seja, não recaiado, mas rejeitado. Não está demonstrado. Não é tampouco uma hipótese. É uma articulação do problema. A primeira etapa não é uma etapa que vocês têm de situar em alguma parte na gênese. (p. 100)

Tal colocação de Lacan delimita ao mesmo tempo o alcance e os limites da teoria estrutural. Não se trata de uma tentativa de localizar a gênese da psicose, para, assim, agir preventivamente, mas sim de articular teoricamente esse problema de maneira a sustentar, formular uma questão preliminar para todo tratamento psicanalítico das psicoses. Assim, não se trata de uma verdade a ser demonstrada pela via da exposição do caso clínico, e tampouco de uma hipótese a ser confirmada, porque não se trata de um conceito materialista, e tampouco idealista. Trata-se de um conceito abstrato, talvez possamos dizê-lo ficcional, que não perde por isso seu valor, pois se presta a orientar uma prática clínica pautada em uma ética, e seu valor e sua validade se encontram nos seus efeitos, não na verificação da coisa mesma.

1.3 Estrutura psicótica e Nome-do-pai

Se o que eu digo não é verdade, Freud jamais disse nada de verdadeiro, pois o inconsciente quer dizer isso.

Lacan (1955-56/1988, p. 71)

As ideias de Lacan acerca da estrutura psicótica foram formuladas durante o Seminário III (1955-56/1988), e retomadas no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959/1998). Segundo Miller (2009), o “conceito de estrutura reformaliza e redistribui o campo onde se opunham os conceitos de personalidade e organismo” (p. 9), e Lacan passa a pensar a psicose como posição psíquica em relação ao registro Simbólico. É importante considerarmos que os trabalhos de Ferdinand de Saussure (1916/2006), fundador da linguística estrutural, do linguista Roman Jakobson (2008) e do antropólogo Lévi-Strauss (1982/1908) permitiram a Lacan reler Freud sob essa perspectiva, segundo a qual o inconsciente é *estruturado* como uma linguagem.

Para elaborar essa ideia de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, Lacan emprestou de Ferdinand de Saussure noções da linguística, como significante e significado.

Saussure (1916/2006) demonstrou que os nomes das coisas (ou os signos linguísticos) não preexistem às coisas mesmas e nos são revelados, mas que o ser humano cria a linguagem ao mesmo tempo em que é criado por ela. Assim, o signo linguístico consiste na união de um *conceito* e de *uma imagem acústica*, que serão chamados, respectivamente, de significado e significante. Este, o significante (ou imagem acústica¹⁶), refere-se à impressão psíquica do som, ao passo que o significado (ou conceito) é o sentido que se lhe atribui. Segundo essa lógica, portanto, o signo linguístico é uma convenção arbitrária, ou seja, é necessário haver convenções sociais para que os signos ganhem sua forma.

No entanto, essas convenções sociais que determinam o signo linguístico não são decididas ou eleitas democraticamente. Não se trata de uma “regra livremente consentida”, mas de lei “admitida numa coletividade” (...), a qual “se suporta” (p. 85). Assim, não podemos precisar de que forma foi criada essa regra, ou lei, que define quais significados correspondem a quais significantes e em que ordem devemos colocar os signos para nos comunicarmos, no entanto, consentimos com ela para fazer uso da língua.¹⁷

Com essas ferramentas conceituais, Lacan (1955-56/1988) passa a considerar as manifestações típicas da psicose, como alucinações e delírios, no nível do discurso. Segundo ele, o “único modo de abordar conforme a descoberta freudiana é o de pôr a questão no próprio registro em que o fenômeno nos aparece, isto é, no da fala. É o registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações.” (p. 48).

“Como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do início até o fim, se deve a uma certa relação do sujeito com essa linguagem, de uma só vez promovida ao primeiro plano da cena, que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído e seu furor, bem como sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído, pela linguagem.

O que vem ao primeiro plano mostra que o sujeito está submetido a uma prova, ao problema de alguma falta concernente ao discurso permanente que sustenta o

¹⁶Saussure também distingue significante de fonema, que se refere, por sua vez, à ação vocal, ou seja, “à realização da imagem no interior do discurso.” (p. 80).

¹⁷Saussure, quanto a isso, diz que (...) O ato pelo qual, em dado momento, os nomes teriam sido distribuídos às coisas, pelo qual um contrato teria sido estabelecido entre os conceitos e as imagens acústicas – esse ato podemos imaginá-lo, mas jamais foi ele comprovado. A ideia de que as coisas poderiam ter ocorrido assim nos é sugerida por nosso sentimento bastante vivo do arbitrário do signo. (p. 85). Com isso, Saussure sustenta que “a questão da origem da linguagem não tem a importância que geralmente se lhe atribui. Tampouco se trata de uma questão a ser proposta; o único objeto real da linguística é a vida normal e regular de um idioma já constituído.” (pp. 85 – 86). Essa escolha epistemológica de Saussure parece com o que Lacan (1953-54/2009) propõe em seu retorno a Freud, no seminário I. Ele diz que, em uma análise, não se trata de relembrar a história do sujeito, ou seja, de lembrar do passado (ou da infância) para identificar as causas, ou origens, da neurose (ou da psicose), mas sim do que se pode reescrever, ou reconstruir. Lacan o diz, enfatizando que era essa a concepção de Freud: “Chegamos à concepção do próprio Freud, à ideia de que se trata da leitura, da tradução qualificada, experimentada, do criptograma que representa o que o sujeito possui atualmente na sua consciência – o que é que vou dizer? dele mesmo? não, não somente dele mesmo – dele mesmo e de tudo, isto é, do conjunto do seu sistema.” (p. 24).

quotidiano, a coisa bruta da experiência humana.” (Lacan, 1955-56/1988, p. 292)

Para pensar a cadeia significante, Lacan dirá que há nela uma *dimensão diacrônica* e outra, *sincrônica*. Para demonstrar a conexão diacrônica dos significantes, Lacan utiliza a fórmula $S1 \rightarrow S2$, que indica que um significante (S1) deveria sempre ser contemplado em sua referência (\rightarrow) a outro significante (S2). Essas cadeias significantes formam a diacronia da língua. Isso significa que ao ligar significantes em uma cadeia linear, introduz-se a dimensão do tempo, porque, ao acrescentarmos um significante à cadeia, o anterior ganha estatuto de anterioridade, e a conexão linear dos significantes na fala nos leva a antecipar a adição de novos significantes. Já o eixo sincrônico indica que simultaneamente à cadeia linear que liga os significantes, há também, para cada significante utilizado, ao menos um significante omissivo na fala. Em outras palavras, cada ato de fala concerne ao desdobramento dos significantes no tempo, mas começa com a seleção de um elemento, dentre vários, do sistema de linguagem ou do tesouro dos significantes no Outro.

Esse grande Outro (A¹⁸), para Lacan, distinto do pequeno outro (a), designaria uma alteridade radical, representante da ordem simbólica e da lei que media a relação com o pequeno a, e que não pode ser assimilada pela via da identificação Imaginária. O pequeno outro, por sua vez, seria de fato outro, porém percebido como reflexo e projeção do ego, sendo descrito como o outro imaginário. Nas palavras de Lacan, o “outro com um *a* minúsculo, é o outro imaginário, a alteridade em espelho, que nos faz depender da forma de nosso semelhante. (...) o Outro absoluto, é aquele ao qual nós nos dirigimos para além da relação de miragem, aquele ao qual sempre nos endereçamos.” (p. 295).

Assim, podemos pensar que as convenções com as quais é preciso concordarmos, para podermos nos comunicar, é constitutiva desse grande Outro. Precisamos consentir com as regras e leis intrínsecas à língua que utilizamos, alienando-nos em uma construção sintática, para expressar aquilo que nos leva a falar. Sendo o Outro o representante da lei e da ordem simbólica, trata-se de nos alienarmos nos significantes do Outro. Nesse sentido, para Lacan, o inconsciente se origina no Outro, de forma que é primeiramente falado pelo Outro. Nossa fala vem de outro lugar, fora da consciência, por isso Lacan (1953-54/2009) diz que o “inconsciente é o discurso do outro” (p. 117).¹⁹

¹⁸A – do francês Autre, que quer dizer Outro.

¹⁹Embora não seja o objetivo desse trabalho, é importante salientar que o sentido dos conceitos Real, Simbólico e Imaginário foram se delineando ao longo da obra de Lacan. Cabe nos perguntarmos, portanto, em que consiste o inconsciente? Em um primeiro momento, para Lacan, parece que ele se refere ao simbólico. Porém, se Lacan utiliza a linguística para falar dessa lógica de funcionamento do inconsciente, parece-nos que se trata de uma metáfora. Não se trata da fala mesma, concreta, ou da língua mesma, com suas regras. Trata-se de uma lógica tal

No que se refere à inscrição dessas convenções, podemos pensar que há, nas formações inconscientes de um sujeito neurótico, assim como nas línguas, uma lógica gramatical que se organiza de acordo com uma Lei, cujos artigos e súmulas não lemos, mas que organiza o sistema. Lacan (1957-58/1998), diz que “o que autoriza o texto da lei se basta por estar no nível do significante.” (p. 152) Trata-se do Nome-do-Pai – o Pai simbólico. Segundo ele, e em suas palavras, esse é “o significante que dá esteio à lei e representa o Outro. Esse é o Outro no Outro.” (idem). Essa lei será, então, introjetada pelo sujeito, em um processo eminentemente simbólico – trata-se do pai simbólico, castrador, que assim libera o sujeito da clausura imaginária, obrigando-o a se assujeitar às regras compartilhadas e impondo-lhe perda de satisfação.

É com a inscrição dessa lei, portanto, que a cadeia significante, via sintaxe, formará unidades de significação: “Somente as correlações do significante com o significante fornecem o padrão de qualquer busca de significação” (Lacan, 1957/1998, p. 505).²⁰ Essa unidade de significação, no entanto, só se dá a partir de uma pontuação, que liga momentaneamente significante e significado (Lacan, 1955-56/1988):

A relação do significante com o significado, tão sensível nesse diálogo dramático, levou-me a fazer referência ao célebre esquema de Ferdinand de Saussure em que vemos representado o duplo fluxo paralelo do significante e do significado, distintos e fadados a um perpétuo deslizamento um sobre o outro. Foi a propósito disso que forjei a imagem do estofador, do ponto de basta. É preciso que em algum ponto, com efeito, o tecido de um se prenda ao tecido do outro, para que saibamos a que nos atermos, pelo menos nos limites possíveis desses deslizamentos. Existem pontos de basta, portanto, mas eles deixam uma certa elasticidade nas ligações entre os dois termos. (p. 15).

Esse ponto de basta é como uma parada: o significado estaciona; interrompe momentaneamente o deslizamento sobre o significante. Para pensar esse ponto de basta, Lacan utiliza os conceitos considerados por Freud (1900/1980) como as leis do inconsciente, denominados condensação e deslocamento. No entanto, pensando o inconsciente enquanto estruturado como uma linguagem, diz que os mecanismos da condensação e do deslocamento coincidem exatamente com as estruturas que, na linguagem, exercem os efeitos de metáfora e metonímia²¹. Em outras palavras, a condensação e o deslocamento desempenhariam, no inconsciente, uma função homóloga à da metáfora e da metonímia no discurso.

qual a lógica de uma língua. O inconsciente, nesse sentido, precisa ser criptografado. No entanto, parece-nos um erro tomar a fala ou a língua concreta como necessariamente Simbólica. Embora ela tenha, sim, relação com a forma com que nos organizamos subjetivamente, ela não é o próprio inconsciente. A fala, essa sobre a qual parece que temos algum controle, pode estar associada, antes, ao Imaginário.

²⁰Essa dimensão temporal do inconsciente se refere a um ordenamento, a uma sequência, que nada tem a ver com a noção consciente, cronológica, da passagem do tempo.

²¹Ele empresta esses termos, metáfora e metonímia, de Roman Jakobson.

Segundo Freud (1900/1980), a condensação expressa que em apenas um símbolo podem estar condensadas diversas outras ideias, então latentes. Na condensação teríamos, portanto, uma sobreimposição dos significantes, dando origem à metáfora, ao passo que no deslocamento, pela substituição dos significantes com base na contiguidade, teríamos o equivalente da metonímia. Lacan (1958/1998), ao falar desses conceitos enquanto metáfora e metonímia, toma-os como leis pelas quais se articulam, na cadeia significante, respectivamente, a “substituição de um termo por outro”, que tenham relação de similaridade, e a “combinação de um termo com outro” (p. 628), que mantém, portanto, relação de contiguidade.

Lacan (1958/2003) diz ainda que “a ação própria do significante” engendra “a significação no sujeito do qual ela se apodera, marcando-o como significado”. (p. 174). Assim, sem a possibilidade de condensação, ou de metaforização, na fala metonímica, o sujeito não é fixado em termos de uma amarração entre significante e significado; não há ponto de basta²² (Lacan, 1957/1998).

Como Lacan pensa o complexo de Édipo como o processo mesmo de metaforização, que se refere à castração simbólica, paterna, a transição edípica se refere justamente a possibilidade de fixar pontos de basta no deslizamento metonímico. Assim, Lacan (1955-56/1988) considera que o que há no funcionamento da estrutura psicótica é a ausência dessa metaforização paterna e a consequente instabilidade na cadeia significante.

De acordo com Lacan (1959/1998), a metáfora paterna se constitui pela substituição de um significante por outro. Porém, não se trata de qualquer significante. No complexo de Édipo, o primeiro significante seria o desejo da mãe, que é um significante completamente enigmático para o sujeito, e será substituído pelo *significante Nome-do-pai*. Nesse processo de substituição, o significante *desejo da mãe* é submetido ao Simbólico, ou seja, à estrutura, deixando assim de ser completamente enigmático. O efeito direto dessa nomeação é, portanto, a criação de uma *significação do desejo*; dá-se um sentido ao desejo materno, permitindo que o sujeito compreenda, ou acredite que compreenda, o que motiva a mãe a buscar outras relações, para além da relação dual mãe-bebê.

Nas palavras de Lacan (1955-56/1988):

O complexo de Édipo quer dizer que a relação imaginária, conflituosa, incestuosa nela mesma, está destinada ao conflito e à ruína. (...) – é preciso aí uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural,

²²No tratamento das neuroses, podemos pensar que a fala metonímica é o que se sugere ao paciente, ao pedir-lhe que associe livremente, uma vez que o “deslocamento é (...) o transporte da significação que a metonímia demonstra e que, desde seu aparecimento em Freud, é apresentado como o meio mais adequado do inconsciente para despistar a censura.” (Lacan, 1957/1998, p. 515). Trata-se de permitir que a lógica ou a determinação do inconsciente se apresente, em um trabalho de análise.

mas do que se chama o pai. A ordem que impede a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai. (p. 114).

Como se trata de uma estrutura de linguagem, nessa lógica da metáfora paterna não se trata da pessoa do pai, como no mito edípico freudiano, mas da *função simbólica*, à qual todos os membros da família estão sujeitos. Por exemplo, um pai pode cumprir a função do desejo materno, ao passo que uma tia pode garantir a articulação do significante Nome-do-pai.

O Nome-do-pai é, pois, o significante da cultura e seus tabus, tais como a proibição do incesto e o princípio da exogamia e da monogamia, que são impostos a depender do contexto social e da interação do sujeito com o Outro. Disso podemos concluir que o Nome-do-Pai se trata de um significante que pode ser pensado em termos de organizador das formas de relação aceitas socialmente. O significante paterno incorpora o significante materno no simbólico, conectando o sujeito à lei. Assim, pelo significante paterno, o significante do desejo materno é integrado em um discurso normativo, que determina regras de interação social. Em outras palavras, o Nome-do-pai fornece um compasso de princípios sociais e culturais e elucida de alguma forma a posição da criança em relação ao desejo do Outro. Em outras palavras, ainda, o Nome-do-pai permite a metaforização, assegurando uma unidade de medida simbólica que referencie o próprio sujeito em relação ao que lhe faz alteridade.

O que é interessante dessa abordagem é que ela inclui uma lógica triangular que nos permite pensar como o *Imaginário* é subordinado à organização *Simbólica*. Na lógica dual do estádio do espelho, ao definir o outro, o sujeito recebe deste outro sua própria mensagem invertida. Essa inversão implica que o substantivo *mestre*, por exemplo, é substituído por seu oposto semântico *escravo*. Nessa forma invertida, a frase “você é meu mestre” se torna “eu sou seu escravo”, de forma que, de acordo com essa lógica, as pessoas determinam suas próprias identidades pela forma com que definem outras pessoas.

Já com a presença da metáfora paterna a situação é diferente, devido ao terceiro elemento que impõe leis ao Outro. Ao se introduzire o significante Nome-do-pai, portanto, uma significação do desejo materno pode ser criada, influenciando assim um processo de identificação simbólica – um tipo de identificação que é orientada pelos significantes e diz respeito à posição da pessoa no grupo, assim como sua posição em relação ao desejo. Quando a criança se dá conta que há outras coisas que sua mãe deseja para além dele mesmo, abre espaço para a questão acerca do que determina o desejo materno. Para responder a essa questão, podemos dizer, com Lacan (1959/1998), que a criança recorre ao falo. É com isso que se identifica a criança, com o objetivo de corresponder a isso que a mãe deseja, o que só é possível com a inscrição do Nome-do-pai, que fornece a possibilidade de criar respostas a essas questões,

via identificação simbólica.

Grosso modo, portanto, na neurose temos que o significante Nome-do-pai substitui o significante do desejo materno, inaugurando uma identidade dialética. Já na psicose, esse processo não ocorre devido à ausência do Nome-do-pai. Então, para fazer referência a essa ausência, Lacan utiliza o conceito de forclusão, que indica a rejeição desse significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito, de maneira que a metáfora paterna não se formula, e não é possível construir uma demarcação dos limites entre Eu e Outro.

Lacan (1955-56/1988) define a forclusão (*Verwerfung*) como oposto do que Freud chama ‘*Bejahung*’ ou afirmação. O conceito de *Bejahung* (ou afirmação), de Freud (1925), refere-se ao juízo de existência. Trata-se do processo por meio do qual a criança decide se algo existe ou não. Esse juízo de existência invade a percepção primitiva e decisões são tomadas acerca de que percepções correspondem ou não à realidade. *Afirmar* significa, então, que tal percepção é qualificada como algo que existe na realidade. O efeito da *Bejahung* é que a percepção é transformada em representação, ou ainda, permite a criação de uma vida mental baseada em representações. Se, ao contrário, percepções são consideradas não existentes na realidade, nenhuma vida mental de representação é criada (Hyppolite, 1953/1998).

Depois de ter tocado nesse tema em seu primeiro seminário, em que estabelece um diálogo com Hyppolite, Lacan discutirá o mesmo conceito, *Bejahung*, no Seminário III. Lacan (1955-56/1988) conclui que a não-afirmação, ou a forclusão, diz respeito ao Nome-do-pai, pois, com a incorporação do significante paterno, as questões de existência do sujeito podem ser endereçadas em termos fálicos, via significante, o que não se dá quando há forclusão.

Lacan utiliza esse termo, então, para falar da ausência da metáfora paterna, elucidando assim as psicoses desencadeadas (com alucinações e delírios), mas também permitindo pensar os casos cuja estabilização é obtida via identificações imaginárias, via de estabilização da qual falaremos no próximo item. Com essa mudança teórica, ele passa a “caracterizar de maneira nova psicose e neurose” (1955-56/1988, p. 56), abrindo questões como “de que forma o sujeito se relaciona com o Outro (quando delira)?”, ou então “como o sujeito é determinado pela estrutura do discurso (delirante)?”, que passam a prevalecer na pesquisa de Lacan em busca de algo de verdadeiro sobre o psiquismo. O que ele defende, então, é que a diferença do sujeito psicótico para o neurótico é a forma como cada um se relaciona com o Outro.

A metáfora paterna, como dissemos, possibilita que o neurótico interprete o desejo do Outro, e que responda a ele, a partir de identificações fálicas. O sujeito se coloca, então, em uma relação em que se faz necessário se perguntar sobre o que o Outro espera dele, ou sobre quem ele é para esse Outro, e por contar com a metáfora paterna, pode criar supostas respostas.

O sujeito é, pois, nomeado em relação ao desejo materno. Já na psicose, por não haver Nome-do-pai, as respostas padrões da cultura em questão não funcionam como base para que o indivíduo articule sua posição subjetiva em relação aos outros. Dessa forma, o desejo da mãe (ou do Outro) se mantém absolutamente enigmático. Como consequência, pode-se observar uma dificuldade fundamental de compreender as intenções dos outros nas relações e, por essa razão, relações íntimas podem produzir confusão mental ou perplexidade.

Além disso, como a forma Simbólica em que se articulam as convenções não está instalada, o psicótico não conta com significantes convencionais para responder às questões fundamentais da existência. Dessa forma, há poucos recursos para lidar com a própria identidade, enquanto homem ou mulher, ou com as questões do amor e da sexualidade, ou ainda com o sentido da vida e da morte.

Diante disso, é importante ressaltar que o diagnóstico estrutural não se realiza na observação do comportamento e sua avaliação, mas sim pela escuta que se oferece e ao lugar da fala, na transferência. Como diz Dunker (2011), “o diagnóstico estrutural depende mais do aspecto performativo da linguagem do que do aspecto descritivo; ele depende mais da posição e forma de enunciação do que da verdade dos enunciados proferidos em relação ao mundo.”, p. 145). As questões que então orientam a clínica passam a ser: *como a psicose se expressa no uso da linguagem?*, ou então, *como se estrutura a cadeia significante, na psicose?*, ou ainda, *como o sujeito psicótico se relaciona com o significante?* É importante notar que não se trata de reduzir o fenômeno psicótico, mas sim de uma escolha que visa à clínica psicanalítica, que tem a fala do paciente como instrumento por meio da qual se pode ter acesso aos fenômenos de alucinação e delírios.

É importante sublinhar, ainda, que Lacan fala em “diversas formas da psicose” (p. 24), que ele diz que tentará situar em relação aos três registros do simbólico, real e imaginário. Ele justifica seu objetivo, alegando que o desconhecimento da autonomia da ordem simbólica acarreta confusão no plano imaginário e real. Assim, se concebe a relação analítica como dual, e o plano da troca simbólica autêntica é substituído por um reconhecimento do imaginário.

1.3.1 Desencadeamento e compensação da forclusão

Como vimos, Lacan (1955-56/1988) considerava que a psicose é um modo de relação do sujeito com o Outro, com os outros e com o mundo, no qual o sujeito não consegue significar o desejo e sua própria existência subjetiva a partir do significante Nome-do-pai. Em outras palavras, o simbólico não lhe fornece uma âncora, ou um ponto de basta. Uma questão

importante nesse contexto é como um modo discreto de psicose passa a ser uma psicose desencadeada. Com seu conceito de Nome-do-pai, Lacan responde a essa questão revendo suas ideias acerca do desencadeamento.

Nos seus trabalhos da década de 1930, ele fala do desencadeamento psicótico pensando suas causas específicas e não-específicas. Já na década de 1950, Lacan fala do desencadeamento a partir do conceito de foraclusão. Contrariamente à primeira fase do seu trabalho, portanto, ele não foca mais em quais seriam os gatilhos biológicos ou psicológicos da psicose, mas sim nas possibilidades de o sujeito posicionar-se, pela via significante, diante de eventos específicos da vida. Esses eventos se referem às questões fundamentais da existência, envolvendo a morte, o sexo e a procriação.

No artigo *Questões preliminares para qualquer tratamento da psicose*, Lacan (1959/1998) argumenta que, no desencadeamento, trata-se de um confronto com o Real. Ele sugere, portanto, que o desencadeamento psicótico geralmente ocorre quando, diante de um evento dessa ordem, a pessoa precisa falar por si, ou tomar uma posição. Se o Nome-do-pai está foracluído, o sujeito é brutalmente confrontado com a ausência da estrutura Simbólica necessária para se posicionar, e então se desestabiliza, vivenciando o que chamamos desencadeamento. Uma das formas mais evidentes de notar a ausência do significante Nome-do-Pai é, portanto, o desencadeamento da primeira crise.

Quanto a Schreber, por exemplo, Lacan (1955-56/1988) afirma que sua primeira crise, em torno de 1886, acontece quando ele é nomeado presidente do Tribunal de Apelação de Leipzig. Schreber então “accede finalmente a uma posição paterna” e “o temor à castração revive nele (...). Eis o que estaria diretamente em causa no desencadeamento da crise, e acarretaria todas as distorções patológicas, as miragens, que progressivamente vão evoluir como delírio” (p. 41). Aquilo de que o sujeito se defendeu, retorna no real, na forma de alucinação, como se a representação jamais tivesse sido produção do sujeito. Ela vem de fora, do Outro. Como diz Quinet (2007), o “termo foraclusão como forma de negação indica por si mesmo esse local de retorno, a “inclusão” fora do simbólico” (p. 4). Essa invasão é então sentida com um estranhamento tão intenso que exige um remanejamento dessa realidade, ou seja, a construção de um delírio. Com relação ao caso Schereber:

Eis que, absolutamente não num momento deficitário, mas ao contrário num momento culminante de sua existência, se revela para ele sob a forma de uma irrupção no real de alguma coisa que ele nunca conheceu, de um aparecimento de uma estranheza total, que vai progressivamente acarretar uma submersão radical de todas as suas categorias, até forçá-lo a um verdadeiro remanejamento de seu mundo. (Lacan, 1955-56/1988, p. 103)

Em contraste a esse fenômeno presente na psicose, na neurose, a representação

recalcada retorna em forma de representação, ou seja, a operação acontece no registro simbólico e o que foi rejeitado não retorna no real. Em outras palavras, o que retorna na neurose é o sintoma, que nada mais é do que uma metáfora. Lacan diz, nesse sentido, que o que “cai sob o golpe do recalcado retorna, pois o recalque e o retorno do recalcado são apenas o direito e o avesso de uma mesma coisa” (p.21). No entanto, “o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem outra sorte completamente diferente.” (idem).

No caso das neuroses, o recalcado aparece in loco, ali onde foi recalcado, isto é, no meio mesmo dos símbolos, na medida em que o homem se integra a ele e nele participa como agente e como ator. Ele reaparece in loco como uma máscara. O recalcado na psicose, se sabemos ler Freud, reaparece em outro lugar, in altero, no imaginário, e aí com efeito sem máscara. Isso é absolutamente claro, não é nem novo, nem heterodoxo, é preciso apenas perceber que é o ponto principal. (p. 124)

Nesse trecho, Lacan afirma que se trata de um retorno no Imaginário, indicando que, talvez, não houvesse nesse momento de sua obra uma diferenciação clara entre Imaginário e Real. Nesse sentido, o foco principal estava, aparentemente, em especificar o Simbólico, diferenciando-o das outras duas instâncias. De qualquer forma, ele já fala, desde o seminário 1, da importância de o analista estar atento aos três registros.

Inclusive, no que se refere aos modos de compensação da ausência do Nome-do-Pai, discutidos por Lacan no seminário 3, parece ser importante ter como horizonte os três registros Real, Imaginário e Simbólico. Se na ausência de um significante primordial, a metáfora paterna não é articulada, mantendo um furo no *Simbólico*, que não consegue, então, ordenar, organizar o Imaginário, temos que no sujeito há uma instabilidade fundamental no que se refere a como ele experiencia sua relação com o mundo, fazendo-se necessária a criação de uma suplência, de uma compensação. Uma compensação possível diz respeito à metáfora delirante e, outra, à identificação imaginária.

Com relação à metáfora delirante, como vimos, Freud (1911/1996) já havia situado o delírio como tentativa de restituição da realidade perdida, de um sentido perdido. Em suas palavras: “o paranoico constrói de novo o mundo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seu delírio. A formação delirante que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (pp. 94-95). Já Lacan (1959/1998) dirá que o delírio atua como um substituto da metáfora paterna: “É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.” (p 584). Assim, o que Freud e

Lacan demonstraram foi que o delírio é uma produção importante, na medida em que se trata de uma tentativa de dar conta do furo no simbólico, ou da impossibilidade de simbolizar determinadas experiências, ou ainda de uma forma de dar conta do estado de perplexidade. Em outras palavras, o trabalho do delírio é o modo do psicótico reconstruir seu mundo de maneira a poder viver nele novamente, comparável à fantasia do neurótico.

A outra compensação possível, discutida por Lacan no Seminário 3, seria a identificação imaginária, caracterizada pela adoção dos modos de comportamento de outras pessoas. Lacan (1955-56/1988) discute essas identificações em termos de “como se”; mecanismo descrito por Hélène Deutsch (1942) em referência a casos de esquizofrenia. Trata-se, segundo Lacan, de um mecanismo imaginário de compensação pela ausência do Complexo de Édipo, em que o psicótico copia, literalmente, outros indivíduos ou grupos. Essas identificações, dissociadas de uma implicação subjetiva, podem ter a função de estabilização do sujeito, podendo, inclusive, evitar um desencadeamento.

Esse comportamento “como se” permite à pessoa, portanto, criar um papel social em relação aos outros, sem se questionar sobre tal posição, apenas copiando moldes sobre o que alguém precisa fazer, por exemplo, para ser um homem ou uma mulher, um pai ou uma mãe, suturando o buraco deixado pela forclusão. Assim, a compensação imaginária se refere ao processo de aquisição de uma significação possível para as questões fundamentais da existência. Podemos ver como Lacan demonstra, já nesse seminário, como há diferentes formas de amarrar os três registros, ou seja, de se relacionar com o Outro, com os outros e com o mundo, que estão para além da metáfora paterna, uma vez que um significado acerca de como viver pode ser adquirido pela identificação imaginária, na tentativa do psicótico de manter relação com uma realidade compartilhada.

2 Diagnóstico de Psicose na Criança

São considerados marcos inaugurais da nomeação *psicose infantil* a definição de Leo Kanner, criador do primeiro serviço de psiquiatria infantil, em 1943, do *quadro nosológico da síndrome autística* e, em 1952, a introdução, pela psicanalista Margareth Mahler, do conceito de *psicoses autistas* em contraponto às *psicoses simbióticas*.

Segundo Maleval (1970), Mahler se apoderou da descoberta de Kanner e a integrou a uma teoria geral do desenvolvimento da criança, que consistia em três fases: pré-simbiótica, simbiótica e separação-individuação. Para essa autora, a psicose autista consistia na fixação ou regressão ao narcisismo primário da fase pré-simbiótica, ou seja, o organismo se manteria fechado em si mesmo, satisfazendo suas necessidades de modo alucinatório. Já a psicose simbiótica caracterizava-se por regressão ou fixação no estado de relação fusional mãe-bebê, ou seja, na fase simbiótica, de maneira que suas defesas consistiam em respostas à angústia de castração.

Percebemos, portanto, que tanto no âmbito da psicanálise quanto no da psiquiatria, é relativamente recente a tentativa de especificar a psicose na criança, diferenciando-a da psicose no adulto. Até as primeiras décadas do século XX aplicavam-se às crianças os mesmos psicodiagnósticos debatidos e definidos na e para a clínica com adultos. Por exemplo, em 1933, H. Potter introduziu um modelo para pensar a psicose na criança, nomeado *esquizofrenia infantil*, que, no entanto, segundo Volnovich (1993), ainda era considerado sob moldes adultiformes.

Melanie Klein (1930/1996b), por sua vez, em seu artigo “A psicoterapia das psicoses”, já criticava o adultomorfismo dos critérios diagnósticos em psiquiatria, defendendo que os critérios que fundamentam a relação com a realidade, na criança, são completamente diferentes dos critérios que fundamentam a relação com a realidade, nos adultos. Para essa autora, a psicose na infância é considerada curável, sendo um dos objetivos do analista de crianças estabelecer adequadamente o diagnóstico e direcionar a cura. Segundo ela, ainda, a prática com essas crianças permitiria um grande avanço na compreensão da estrutura da psicose, além de contribuir para um diagnóstico diferencial mais preciso.

Lacan (1954-55/1985), assim como Melanie Klein (1930/1996b), disse não ser possível pensarmos a estrutura psicótica na criança da mesma forma que no adulto, e também que poderíamos avançar no entendimento da estrutura psicótica se considerássemos legitimamente a psicose na criança, o que para Lacan significa não vinculá-la a condições orgânicas.

No entanto, embora esses autores tenham defendido que a psicose na criança é diferente

da psicose no adulto, até hoje não há descrição definitiva ou consensual acerca do que consiste a psicose na criança, de maneira que sua etiologia é apenas presumida, seja no campo da psicanálise ou da psiquiatria. Trata-se, assim, de um tema que nos confronta diretamente com a radicalidade de um não-saber, ou dito de outra forma, com os limites do saber científico sobre isso que chamamos psiquismo.

Em um primeiro levantamento acerca do que já foi desenvolvido em termos teóricos sobre a psicose na criança, deparamo-nos, portanto, com uma diversidade de categorias nosográficas, que nos parece demonstrar algo de verdadeiro sobre o psiquismo: a impossibilidade de reduzi-lo a um paradigma completo e definitivo. Os diversos sintomas que se apresentam na clínica com crianças demonstram a impossibilidade de uma categoria diagnóstica, baseada na descrição de sintomas, mostrar-se suficiente para pensar a direção de tratamento de cada caso clínico. Em outras palavras, cada criança recebida no consultório nos confronta com a impossibilidade de classificá-la de uma vez por todas.

Notamos, no entanto, que em vez de assumir os limites de tais categorizações como algo fundamental para pensar o funcionamento do psiquismo, a cada momento novas categorias são criadas para definir a psicose na criança. Se Mahler didaticamente diferenciou psicose autista de psicose simbiótica, logo essas categorias se demonstram insuficientes, e criaram-se outras, como, por exemplo, as propostos por Volnovich (1993): psicose pré-escolar, psicose especular, psicose do momento edípico, transtornos psicóticos subsequentes à alfabetização, etc.

O que parece se manter, de Mahler à Volnovich, no entanto, é a referência direta à noção de desenvolvimento e à ideia segundo à qual a psicose consiste em uma regressão ou fixação em alguma fase primitiva do psiquismo²³. Diante disso, podemos perceber que diversas dessas infundáveis categorias diagnósticas estão ligadas a um ideal normativizante, ou seja, que há juízo de valor implicado em suas elaborações.

Embora esses diagnósticos propostos por psicanalistas (como os de Mahler e Volnovich) se diferenciem dos diagnósticos psiquiátricos, por se fundamentarem em hipóteses acerca do funcionamento psíquico, e não apenas na descrição de sintomas, parecem se assemelhar a eles, no sentido de que descartam categorizações anteriores, e seguem propondo novas descrições, que consideram melhores ou mais precisas. Em outras palavras, não consideram como fundamento a impossibilidade de categorização de uma sintomatologia que indicaria, de uma

²³Em sua obra *Complexos Familiares*, Lacan também fala em termos de regressão para falar da psicose esquizofrênica e paranoica. No entanto, é importante notar que ele deixa claro não ser possível estabelecer uma relação de causa e efeito. Logo, não é possível dizer que haja regressão ou fixação. Para Lacan (1938/2008), portanto, o que se pode notar e afirmar é apenas que o conteúdo ou a forma das alucinações e delírios se assemelham a diferentes complexos.

vez por todas, a psicose.

No que se refere aos diagnósticos psiquiátricos, por exemplo, em 1961, a British Working Party definiu a psicose infantil da seguinte forma: (1) desconhecimento da própria identidade, considerando a idade do sujeito com alterações da imagem do corpo; (2) fixações patológicas a objetos particulares ou a alguma característica dos mesmos; (3) resistências às mudanças do meio ambiente; (4) experiências perceptivas anormais; (5) linguagem perdida ou nunca adquirida; (6) ansiedades frequentes, agudas e ilógicas; (7) deformação de comportamentos motores; (8) retardamentos intelectuais, às vezes com conservação de ilhas de inteligência (Volnovich, 1993, p. 45). Diante desse diagnóstico, podemos questionar qual o critério de normalidade utilizado? Em que consistem “ansiedades ilógicas”? De que forma se associa o chamado retardo intelectual com a psicose? E, ainda, qual a função desse diagnóstico? De que forma ele orienta o trabalho psicoterapêutico com essa criança?

Outro exemplo, ainda, de definição da psicose infantil, pela American Psychiatric Association in Diagnostic and Child Psychiatry, em 1970, consistia em: (1) conduta imprópria frente à realidade; (2) restrição da possibilidade de utilização de objetos; (3) investimentos afetivo-cognitivos insuficientes ou exagerados; (4) vida fantasmática pobre ou mágico-alucinatória; (5) atitude demasiadamente abstrata ou concreta; (6) comunicação restrita ou distorcida; (7) relacionamento inadequado com os outros (Idem, p. 47). Podemos também problematizar esse diagnóstico com as seguintes questões: como definir uma conduta imprópria? Seria imprópria para quem? Ou ainda, qual a noção de insuficiência e de exagero? Em que consiste uma vida fantasmática pobre e uma vida fantasmática mágico-alucinatória? Como medir o suposto equilíbrio de uma atitude, que não é nem demasiadamente abstrata, nem demasiadamente concreta? Qual seria a métrica utilizada?

Parece importante que essas questões sejam colocadas para evidenciar qual a dimensão ética (ou moral) por trás do diagnóstico proposto. Podemos pensar que, ao realizar diagnóstico dessa maneira, colocando o doente mental como simples objeto de estudo, a psiquiatria retira-lhe a chance de expressar sua verdade, ou seja, de falar do que ele realmente sofre.

Atualmente, no âmbito da psiquiatria, não se fala mais em psicose infantil. Já em 1980, no DSM-III, a rubrica *Psicose Infantil* foi substituída por *Distúrbios Globais do Desenvolvimento*; e, em 1995, no DSM-IV, foi definitivamente excluída. Segundo Kupfer (2013), o que antes correspondia a uma diversidade de quadros clínicos, hoje se reduz a *Transtornos do Espectro Autista*. Diante desse cenário, o número de diagnósticos de autismo, como aponta Kupfer, aumentou drasticamente, ao passo que diagnósticos de psicose infantil desapareceram do cenário psiquiátrico. É importante notar que esse aumento ou diminuição do

número de diagnósticos pode se referir, antes, à indiferenciação diagnóstica, do que a um aumento do número de crianças com autismo, de fato.

Diante desse cenário, questionamos, com Lacan, se, para além dos fenômenos observáveis e passíveis de descrição, há um princípio que ordene tais fenômenos e de que forma fazer diagnóstico a partir desse princípio. Tal princípio diz respeito ao modo como o sujeito se relaciona com a linguagem, com o Outro e com os outros. Em outras palavras, trata-se de incluir no processo diagnóstico “procedimentos que sejam da ordem da fala” (Calazans & Lustoza, 2014, p. 17).

Ao estabelecer esse princípio, poderemos pensar, talvez, em que (e se) a estrutura da psicose na criança se diferencia da estrutura psicótica no adulto. Para isso, neste trabalho, iremos nos concentrar em avançar na melhor compreensão da psicose enquanto estrutura. Dessa forma, neste capítulo serão apresentadas as divergências encontradas no interior da produção psicanalítica pós-lacaniana acerca da estrutura psicótica na infância.

Optamos por demonstrar os diferentes posicionamentos sobre o tema, por considerar que a diversidade das formulações teóricas provocadas por Freud e Lacan escancara a impossibilidade de reduzir o psiquismo a uma única forma discursiva. Além disso, para atuar na clínica, pareceu-nos importante nos confrontarmos com a complexidade da questão, evidenciando as diferentes possibilidades de leitura, para um posterior posicionamento mais consistente.

As questões que guiaram a produção deste capítulo são as seguintes: A estrutura psicótica já estaria determinada na infância ou ainda haveria nesse período possibilidade de mudanças estruturais? Há relação entre o desenvolvimento neuromotor da criança e a constituição da estrutura psicótica? Quando essa estrutura se estabelece de maneira definitiva? Será possível identificar a psicose antes de seu desencadeamento, ou seja, antes de ela se tornar evidente por conta da irrupção dos fenômenos elementares?

Para tentarmos situar quais as elaborações atuais acerca dessas questões, primeiramente apresentaremos discussão acerca do que seria a criança para a psicanálise, ou em que consiste esse tempo chamado infância (item 2.1). Em seguida, entraremos na polêmica em relação especialmente ao tempo de constituição da estrutura psicótica, que implica diferentes noções sobre a direção de tratamento de crianças psicóticas, assim como diferentes posicionamentos quanto a políticas públicas de saúde mental infantil (2.2). De um lado, considera-se que a psicose se decide muito precocemente, de forma que sua estrutura, na criança, não difere da estrutura psicótica no adulto (subitem 2.2.1). De outro, defende-se que a estrutura psicótica se define apenas após a puberdade, sendo importante que o analista considere o tempo do

desenvolvimento neurológico da criança (subitem 2.2.2).

2.1 Definição de criança/infância

Para falarmos da psicanálise com crianças, pareceu-nos importante esclarecer como se compreende o termo criança no discurso psicanalítico. Contudo, também não há consenso quanto a essa questão. Na verdade, há uma série de posicionamentos distintos quanto ao que se entende por criança, bem como quanto ao que se entende por psicanálise com crianças. Isso provavelmente se deve ao fato de que o pensamento freudiano é marcado por um movimento dialético, no sentido de que Freud se questionou, a cada momento do percurso de sua pesquisa, ora abandonando determinadas ideias, ora retomando concepções supostamente ultrapassadas. Tudo isso resultou em diferentes compreensões de sua obra, em diferentes leituras e desenvolvimentos da teoria psicanalítica.

No que se refere à criança, podemos notar que foram diversas as ramificações do pensamento freudiano, especialmente para pensar como o psiquismo se constitui, como adoece e que direção de tratamento se faz possível. Assim, temos mais de uma noção do que seja a criança, mesmo no interior da psicanálise de orientação lacaniana, o que implica que o tratamento clínico oferecido também não seja o mesmo, a depender dos conceitos instrumentais utilizados pelo analista.

Para Bernardino (2015), a infância trata-se de “tempos gerúndios em que as operações psíquicas da constituição do sujeito ainda não se efetivaram” (p. 58). Podemos nos perguntar, a partir dessa definição, a quem se escuta quando se recebe no consultório uma criança? Se a constituição do sujeito está incompleta, tratar-se-ia apenas do discurso do Outro? Ou então, ali já há traços do sujeito, desse sujeito (ao menos suposto) em constituição?

Volnovich (1993), por sua vez, diz que “*o sujeito do inconsciente não tem idade*”²⁴ (p. 16), no sentido de que o sujeito não se confunde com a pessoa. No entanto, de que tempo se

²⁴O sujeito da psicanálise não está no mesmo campo do sujeito da consciência e da autonomia, frequentemente identificado com a noção de indivíduo ou mesmo de pessoa pelo Direito. Nesse sentido, o sujeito do qual se ocupa a psicanálise não é o sujeito jurídico, titular de direitos e deveres ou aquele da filosofia, dotado de racionalidade e intencionalidade. Ao contrário: dizer sujeito do inconsciente implica reconhecer que há algo que escapa ao Eu, constituindo-se como uma “alteridade radical, diferença absoluta em relação ao modo como se define por ele mesmo e pelo social” (Cecchetti; Grova, 2008, p. 86). Longe de corresponder a uma substância, identidade ou estabilidade, portanto, o sujeito do inconsciente é, antes, a própria divisão (*Spaltung*). O sujeito não corresponde à parte conhecida, tampouco àquela que se desconhece; sujeito é, antes, o modo que a psicanálise nomeia a própria divisão: “o sujeito existe através da ruptura, ele é o lugar da ruptura, ele existe ali mesmo onde há corte” (Barreto, 2003, p. 18).

fala, quando se diz que o sujeito se constitui, se ele não tem idade? Como pensar a constituição do sujeito dissociada de um desenvolvimento cronológico? Bernardino (2015) não considera que isso seja possível, ao contrário; ela defende que a constituição do sujeito só se conclui após a efetivação das operações psíquicas, que se completam, segundo ela, após a puberdade, ou após o desenvolvimento da sexualidade genital.

Contrariamente à posição de Bernardino, Patrick Valas (1991) diz que não se faz um uso pertinente do termo sujeito ao chamá-lo de “jovem sujeito” (p. 141), com referência à criança. Segundo ele, ao fazer isso, “confunde-se o sujeito, a pessoa e o indivíduo que se trataria, ao contrário, de distinguir, para conseguir dar uma definição satisfatória da criança a partir de coordenadas estruturais.”.

Bassols (2017), por sua vez, fala da infância como uma experiência de gozo pulsional no corpo, a princípio sem objeto construído, da qual nos esquecemos. Ele diz que o que cada um de nós imagina de sua infância é a maior das lembranças encobridoras, por esconder sempre um segredo familiar. Nesse sentido, ele considera que a infância é como uma tela, que ao mesmo tempo esconde e mostra algo. Em outras palavras, isso a que chamamos infância é um encontro traumático, interpretado retroativamente.

No entanto, essa ideia de que a criança vive uma experiência de gozo não é facilmente assimilada ou aceita, por contradizer a moral encarnada em nossa cultura, segundo a qual a criança é assexuada. Essa concepção moralista, por sua vez, como demonstra Ariés (2006), é efeito de produção política, histórica e social, que teve início em meados do século XVIII. Paradoxalmente, passou-se a considerar a criança um ser puro, mas que deve ser devidamente adestrado para se tornar um adulto adequado à sociedade.

Ariés também demonstra que entre os séculos XV e XVIII a criança não tinha nenhum valor social produtivo e, por essa razão, sua imagem era absolutamente insignificante. Além disso, a criança não representava a imagem de um ser puro, antes ao contrário. Santo Agostinho (2017), em suas *Confissões*, não deixa de descrever a ausência dessa inocência na criança, dizendo a Deus sentir vergonha de ter vivido em pecado durante esse período de sua existência, o qual ele considera melhor esquecer:

Daqui se segue que o que é inocente nas crianças é a debilidade dos membros infantis, e não a alma.

Certa vez vi e observei um menino invejoso. Ainda não falava, e já olhava pálido e com rosto amargurado para o irmãozinho colação. Alguém ignora isso? Dizem que as mães e as amas podem esconjurar este defeito com não sei que remédios. Mas se poderá considerar inocência o não suportar por companheiro na fonte do leite, que mana copiosa e abundante, ao que está necessitadíssimo do mesmo socorro, e que sustenta a vida apenas com esse alimento. Mas costuma-se tolerar indulgentemente essas faltas, não

porque sejam nulas ou pequenas, mas porque espera-se que desapareçam com o tempo. Pelo que, embora tais coisas perdoáveis em um menino, se as achamos em um adulto, mal as podemos suportar.

Assim, pois, meu Senhor e meu Deus, tu que me deste a vida e corpo, o qual dotaste, como vemos, de sentidos e ao qual juntaste membros, vestindo-o de beleza e de instintos animais, com os quais pudesse defender sua integridade e incolumidade, tu me mandas que te louve por esses dons e te confesse e cante teu nome altíssimo, porque serias Deus onipotente e bom ainda que não tivesses criado nada mais que estas coisas, que nenhum outro pode fazer mais do que tu, ó Beleza, que dás forma a todas as coisas, e com tua lei as ordenas!

Tenho vergonha, Senhor, de ter de somar à vida terrena que vivo aquela idade que não recordo ter vivido, na qual acredito por ter ouvido de outros, por vê-lo assim em outras crianças, embora essa conjectura mereça toda a fé. Porque as trevas em que está envolto meu esquecimento a seu respeito assemelham-se à vida que vivi no ventre de minha mãe.

Assim, se fui concebido em iniquidade, e se em pecado me alimentou minha mãe, onde, suplico-te, meu Deus, onde, Senhor, eu, teu servo, onde e quando fui inocente? Mas eis que omito esse tempo. Para que ocupar-me dele, se dele já não conservo nenhum vestígio? (pp. 54 e 55)

Segundo Ariès (2006), portanto, foi somente no século XX que a infância passou a ser idealizada e as crianças vieram a ocupar no imaginário social o lugar de depósito da esperança da humanidade, como um reflexo das idealizações frustradas dos adultos. A importância de colocarmos isso em evidência – que a noção de infância predominante em nosso tempo constitui uma construção social ligada a imposições morais, e que esquecemos o que de fato vivemos nesse período da vida – deve-se ao fato de sabermos se é essa representação da criança que cabe ou não ao psicanalista considerar.

Como demonstra Santo Agostinho (2017), a infância se refere àquilo que é esquecido, que é ignorado, ficando inclusive fora do discurso. Dessa forma, a palavra infância encobre algo da ordem do real, ou algo de inapreensível. Bassols (2017) afirma que, dessa forma, aquilo que idealizamos sobre a infância trata-se de uma lembrança encobridora, devendo ser considerada como tal, para ser possível não atuar a partir dela, dominado por ela. A infância seria, portanto, nesse sentido, para Bassols, a experiência de um tempo subjetivo, da qual temos apenas uma lembrança encobridora.

Uma das vias que possibilitariam colocar em questão a idealização da infância seria o trabalho mesmo de análise, que, por sua vez, não levaria às lembranças mesmas, mas permitiria, talvez pela diminuição da intensidade do afeto ligado a essas memórias, vermos nas crianças que observamos que há ali, como diz Bassols, um sujeito que vive uma experiência de gozo sexual. Isso é possível, porque não é a infância real que importa, como se fosse possível decantar a memória real da memória construída, mas sim a história tal como ela se articula no

inconsciente.

Bassols sugere ainda que essa seja a verdadeira descoberta freudiana, desde os “Três ensaios para uma teoria sexual” (1905): a de considerar o sujeito da infância como pleno de direito em relação ao seu inconsciente e à suas experiências pulsionais. Trata-se, assim, de não reduzir a criança a mero objeto sexual, de amor e de desejo do Outro, mas considerar que ela pode se responsabilizar por suas experiências pulsionais. Em outras palavras, ainda, trata-se de levar em conta que há uma dimensão de prazer sexual na criança e oferecer-lhe a possibilidade de inventar formas de lidar com isso, ao invés de, ignorando esse fato, tentar domesticá-la e segregá-la.

Essa contribuição de Freud permitiu que hoje, ao atendermos crianças, possamos ter outra perspectiva de tratamento, radicalmente oposta à de uma mera objetificação da criança. Como diz Bassols (2017), precisamos escutar uma criança como sujeito que pode se responsabilizar por suas experiências de gozo. Assim, ela poderá criar suas próprias saídas, suas formas de estar no mundo, sua forma de responder e conciliar-se com a lei.

Parece que se trata, assim, de poder dar à criança o lugar de quem pode falar sobre si e sobre o que sofre; posição radicalmente oposta à prática educativa que ignora a sexualidade na criança e, paradoxalmente, se propõe como prática de adestramento e controle. Ao ignorarmos a idealização atual acerca da infância, continuaremos a reproduzir práticas de poder, de vigilância e de castigo que a infância vem recebendo, com o intuito de domesticar algo desse gozo, mantendo-os assim, para sempre “infantilizados” e impossibilitados de se responsabilizar por suas posições subjetivas. Em outras palavras se não se desconstrói o ideal normativizante, não se possibilita à criança a invenção, em nome do adestramento.

Como diz Žižek (2010, p. 10), a maior crítica de Lacan a outras abordagens da psicanálise, referia-se à orientação clínica, no sentido de que o objetivo do tratamento não é o “bem-estar, a vida social bem-sucedida ou a realização pessoal do paciente, mas levar o paciente a enfrentar as coordenadas e os impasses essenciais de seu desejo.”. Diante de tal posicionamento, ético, de Lacan, podemos pensar que sem colocarmos em questão os próprios ideais normativizantes da infância, não será possível, por mais que se tente, estar de acordo com essa orientação clínica.

Isso não quer dizer que a psicanálise ignore que a vida em sociedade exige que nos submetamos à Lei; não se trata de defender uma liberdade sem limites, mas sim de considerar que há outro caminho para tratar desse gozo, na criança ou no adulto. No texto *O futuro de uma ilusão*, Freud (1927/1987) reflete sobre como a criança, ao descobrir que foi enganada para que renunciasse a suas pulsões, revolta-se contra a vida civilizada, que lhe impôs privações e

sofrimento. Quanto a essa rebeldia na criança, Freud diz que, quando lhes dizemos que os

recém-nascidos são trazidos pela cegonha (...) estamos contando a verdade sob uma roupagem simbólica. A criança (...) Escuta apenas a parte deformada do que dizemos e sente que foi enganada; sabemos com que frequência sua desconfiança dos adultos e sua rebeldia têm realmente começo nessa impressão. Tornamo-nos convencidos de que é melhor evitar esses disfarces simbólicos da verdade no que contamos às crianças, e não afastar delas um conhecimento do verdadeiro estado de coisas, comensurado a seu nível intelectual. (p. 59)

Assim, parece-nos que considerar a criança como sujeito significa dar-lhe a dignidade de alguém que pode saber da verdade de seus desejos, na medida em que sua curiosidade se movimenta, e de se responsabilizar por eles, assim como o adulto. Ao enganá-la, ou ao não responder honestamente a suas questões, pode-se ter a impressão de estar protegendo-a. No entanto, sendo o desamparo estrutural, ao protegê-la de saber desse desamparo (algo do que não há proteção possível), na verdade, está-se, antes, impedindo que ela possa inventar formas de lidar com ele. Como diz Freud,

É verdade que, assim, terão desde então em mente a extensão de seu desamparo e insignificância na maquinaria do universo (...). Estarão na mesma posição de uma criança que abandonou a casa paterna, onde se achava tão bem instalada e tão confortável. Mas não há dúvida de que o infantilismo está destinado a ser superado. Os homens não podem permanecer crianças para sempre; têm de, por fim, sair para a "vida hostil". Podemos chamar isso de "educação para a realidade". Precisaré confessar-lhe que o único propósito de meu livro é indicar a necessidade desse passo à frente? (p. 63)

Nesse trecho, parece-nos que Freud está se referindo à criança como esse ser que tentamos inutilmente proteger do mal-estar estrutural da vida. No entanto, o que ele está sugerindo é que a “educação para a realidade”²⁵ tenha em vista, não “protegê-la”, enganando-a ou subornando-a, pois entende que isso está fadado ao fracasso. Essa ideia parece concordar com a definição que Bernardino (2004, p. 40) oferece acerca da passagem do infantil para o adulto: “O divisor, em psicanálise, para o que é infantil e o que é adulto, é a posição do sujeito diante da falta, da incompletude do Outro. O que implica que ter uma crença fálica situa o tempo ‘infantil’ e renunciar a esta crença situa a passagem ao estatuto de ‘adulto’.”

Por fim, podemos dizer que a criança, assim como o adulto, em uma análise, pode descobrir haver vantagens em renunciar a certas pulsões por conta e risco (e não porque será castigado), e responsabilizar-se então por suas escolhas, fazendo melhor uso de sua libido. Não se trata, portanto, de ignorar o princípio de realidade, mas de chamar o sujeito para responsabilizar-se de sua posição subjetiva, desde que se é uma criança. Qual será sua saída,

²⁵ Anna Freud, em seu livro *Infância normal e patológica* (1965), traçou parâmetros desenvolvimentistas ligados a uma ideia de normativização associada ao modelo educacional vigente em sua época.

necessariamente singular? O que ela poderá inventar?

Para a psicanálise, portanto, a criança pode falar sobre como se coloca, como responde ao lugar que lhe é dado no e pelo Outro. Miller apud Bassols (2017), na Jornada “A criança e o Saber”, do Instituto da Criança, em março de 2011, orienta que se há alguém a quem educar e conter, esse alguém é o Outro. Quanto à criança, trata-se de acompanhá-la na construção de um saber ao alcance dela, do qual ela possa fazer uso para posicionar-se enquanto sujeito.

Assim, a despeito das diferentes abordagens pós-freudianas sobre a criança, parece-nos que o essencial, ou o que talvez seja inquestionável a ser extraído da obra de Freud a esse respeito, seja justamente a desconstrução da ideia de que a criança é um ser inocente e assexual. Ele retira, assim, a criança do lugar de puro objeto, elevando-a a categoria de sujeito. No entanto, parece importante destacar derradeiramente que o discurso psicanalítico não invalida outros discursos sobre a criança (como o discurso jurídico, por exemplo), apenas demarca um terreno, uma diferença.

2.2 Polêmica em torno do diagnóstico estrutural de psicose na criança

2.2.1 Estrutura psicótica na criança

Segundo Barroso (2012), a formalização, promovida por Lacan, das estruturas clínicas, acarretou intensa reordenação do saber clínico na psicanálise com crianças. Antes disso, segundo ela, psicanalistas que atendiam crianças não contavam com a clínica diferencial entre psicose, neurose e perversão como referência para pensar a construção da posição subjetiva sob transferência. Para Barroso, essa indiferença à descontinuidade entre os tipos clínicos, tornava-os também indiferentes a todo cálculo da clínica.

Dessa forma, Suzana Barroso defende, como o casal Lefort (1991), que a psicose enquanto estrutura já está presente antes do desencadeamento, e que a clínica estrutural orienta a realização do diagnóstico de psicose a partir da identificação dos fenômenos elementares.²⁶ Ela considera que a dificuldade de estabelecer o diagnóstico de psicose na criança, ou seja, de identificar os fenômenos elementares, advém de diversos fatores, como a redução da psicose à debilidade, a medicalização generalizada na contemporaneidade, e “o discurso dos especialistas, que, mediante um aparato assistencial, vai adaptar a criança, ao preço do desconhecimento de sua psicose” (p. 10). Além disso, a autora sustenta que alguns analistas

²⁶Ver item 3.2.

recuam “ao diagnosticar a psicose infantil”, por não identificarem os fenômenos clássicos da psicose, ou até “por acreditarem no poder de modificar uma estrutura subjetiva, supostamente em suspensão durante o tempo da infância.” (p. 47).

Para Rosine e Robert Lefort (1991), além de a estrutura já estar presente antes do desencadeamento, a não-inscrição do Nome-do-pai é definitiva, e referente ao tempo do sujeito, lógico, referido ao Inconsciente. Eles defendem, assim, que não há especificidade na psicanálise com crianças, pois a “estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto” (p. 13), e é isso que determina a unidade da psicanálise. Tendlarz apud Barroso (2012) diz que: “Não há em Lacan uma teoria específica da psicose infantil, mas sim da psicose em geral.” (p. 41).

Rosine e Robert Lefort (1991) tentaram demonstrar que a psicose na criança não é uma desorganização caótica e, quanto mais jovem ela for, mais demonstra traços da estrutura: “aqueles que têm a prática com crianças não podem deixar de se sensibilizar com a proximidade desses elementos de estrutura, pela maneira pela qual o demonstram, e isso tanto quanto menor for a criança.” (p. 18). Nesse sentido, Solano-Suarez (2014) afirma que a criança não é um ser “subdesenvolvido”, trata-se do sujeito em relação com o gozo e com o desejo, sendo, portanto, confrontado da mesma maneira que o adulto, com as “questões fundamentais que vão induzi-lo a respostas que às vezes adquirem a forma de sintomas.” (p. 11).

Assim como Suzana Barroso, Silvia Elena Tendlarz (2003) afirma que a estrutura psicótica é a mesma em crianças e adultos, apesar de a forma como ela se apresenta na infância poder variar. Segundo ela, a estrutura não tem uma dimensão temporal; razão pela qual Lacan não teria desenvolvido teoria específica da psicose na criança. A falha simbólica e as dificuldades decorrentes dela são as mesmas, independentemente da idade.

Dessa maneira, o que pode variar não são os elementos da estrutura, mas sim aspectos relacionados ao imaginário, de acordo com o mito familiar em que está inserido o sujeito psicótico. Ela dá um exemplo:

(...) um menino de nove anos que era esquizofrênico, tinha certeza de que seu pai estava desorganizando a camada de ozônio ao mover sua cabeça. O menino se colocou como aquele que poderia proteger a ordem do universo, alegando que ele poderia controlar essa desorganização por meio de uma televisão que ele tinha em sua cabeça. Esse é o núcleo do delírio a partir do qual ele tentou, sem sucesso, construir uma metáfora delirante que o estabilizaria. (p. 3, tradução nossa)

Segundo essa autora, crianças psicóticas que têm tendências delirantes apresentam fenômenos muito similares aos da psicose no adulto. Porém, quando não há organização delirante, torna-se difícil estabelecer o diagnóstico corretamente: “A criança está vivendo as

imaginações intensas de uma criança, ou está lidando com um delírio? Como a criança se relaciona com seu próprio discurso? Esse envolve certeza psicótica ou crença dialética?” (p. 14, tradução nossa).

Para essa autora, no entanto, a “rara presença do delírio nas crianças psicóticas não quer dizer necessariamente ausência do fenômeno elementar” (p. 39). Tendlarz enfatiza que a precisão diagnóstica, baseada na linguagem, é tão necessária na clínica com crianças como na clínica com adultos.

Além disso, ambas as autoras, Suzana Barroso (2012) e Silvia Tendlarz (2003), criticam a forma como Margareth Mahler trabalhou o caso Stanley. Esta teria explicado a desorganização de Stanley, no tempo e no espaço, sob uma perspectiva psicogenética, segundo a qual o comportamento desorganizado corresponderia ao estágio do desenvolvimento inicial do Ego, em que a criança não é capaz de conceber relações causais, a menos que essas aconteçam no seu campo de visão imediato. Citando Eric Laurent (1983/1999), Barroso (2012) indica que onde Mahler identifica déficit cognitivo, ele identifica automatismo mental.

O automatismo mental é um conceito emprestado de Clérambault, que se refere a tudo que provém da influência externa sobre o sujeito, que o ultrapassa e o submete aos enunciados imperativos que concernem à vontade de gozo do Outro. Segundo Barroso, a orientação da clínica estrutural consiste em encontrar os fenômenos elementares à luz da estrutura do automatismo mental. Segundo ela, essa é a leitura que Lacan faz da obra de Schreber – ele destaca os elementos delirantes que se impõem, do início ao fim da obra.

A orientação diagnóstica seria, portanto, segundo Barroso, extrair do sintoma da criança a estrutura do automatismo mental: “Vários casos publicados pelos analistas pós-freudianos foram revisitados pelos lacanianos com a determinação de encontrar os fenômenos elementares. Dentre eles está o do menino Stanley, atendido por Margareth Mahler, cujos acontecimentos puderam ser lidos à luz da estrutura do automatismo mental.” (p. 41).

Para isso, Eric Laurent (1983/1999) apud Barroso (2012) orienta que percebamos se o significante, para a criança, está no nível do real e não no campo simbólico do Outro; se ele tem efeito de mediação ou representação; se apresenta-se de modo petrificado; ou ainda, se age como uma palavra devastadora, como uma espécie de caroço da palavra.

Se considerarmos que, como vimos, são os significantes que veiculam o conflito edípico no ser humano e articulam as respostas e formas possíveis de lidar com as questões fundamentais da existência, assim como as formações sintomáticas na neurose e na psicose, a orientação diagnóstica de Laurent parece ser a que mais considera o diagnóstico estrutural de psicose como orientador da clínica. Afinal, Lacan, a partir de Freud, procurou explicar os

sintomas (neuróticos ou psicóticos) partindo do funcionamento da linguagem. Nesse sentido, como poderíamos pensar essa relação com os significantes na psicose na criança?

Se tomarmos, não como etapa do desenvolvimento à qual se regrediu (pela impossibilidade mesma de demonstrá-lo), mas como funcionamento lógico, o esquema do buquê invertido, ou seja, o Estádio do espelho, trata-se de uma situação imaginária em que as palavras são sentidas como invasoras. Evidentemente, não é possível localizar a forclusão, ou mesmo o recalque, a não ser pelos seus efeitos. Nesse sentido, é pela forma como o paciente se relaciona com os significantes, que podemos ter pistas acerca da estrutura.

Além disso, para todas as formações sintomáticas, Freud delimitou que seria necessário haver dois tempos – o primeiro referente à defesa, e o segundo, referente ao fracasso da defesa. Logo, o momento mesmo da defesa não é de fácil acesso, uma vez que é esquecido (recalcado) na neurose, e foracluído, na psicose. Assim, as respostas acerca do que o Ego se defende se mantêm enquanto hipóteses: se defende da sua fragilidade diante da morte, se defende dos seus impulsos sexuais proibidos, se defende do seu próprio sadismo?

No entanto, por mais que não se saiba precisar o momento da defesa, nem exatamente qual é a representação intolerável da qual o sujeito se defende, podemos dizer que ela se refere a algo que lhe produz sofrimento. O Ego, portanto, se defende de algo que lhe faz sofrer, trata-se de algo traumático para esse sujeito.

Em relação a esse “algo traumático”, Freud também demonstrou serem necessários dois tempos lógicos para sua articulação. Com Lacan, podemos pensar como isso se dá na linguagem, ou por meio da linguagem. Para compreender isso, Bassols (2017) e Leader (2013), recorrem ao caso Emma, exposto por Freud (1895/1980), em seu Projeto para uma psicologia científica, em que esses dois tempos lógicos do trauma são ilustrados: aos oito anos, Emma teria tido uma experiência traumática, que, no entanto, só adquiriu a significação de experiência traumática posterior e retroativamente. O que acontece aos seus oito anos é que Emma entra em uma pastelaria e é beliscada pelo atendente em seus genitais, porém no momento em que isso acontece, Emma não produz nenhuma significação acerca dessa experiência. Quando Emma está, então, com 12 anos, entra em uma loja, assusta-se com o riso de um atendente, e foge. Sua resposta fóbica se revelaria uma histeria de angústia, segundo Bassols (2017).

O que acontece é que a segunda cena ressignifica a primeira. Freud introduz, ali, a palavra retroatividade – algo se constrói não em uma cronologia linear, mas em retroação. Para Lacan, isso se refere à mesma lógica da linguagem, pois o S2 é que significa S1. É só ao finalizarmos uma frase que saberemos sua significação, ou seja, a significação acontece retroativamente. Dessa forma, o que podemos concluir é que o trauma se constrói somente a

partir de um movimento retroativo, assim como a formação do sintoma.

No caso Emma, de Freud, ele situa esse segundo tempo na puberdade, porém, Bassols (2017) enfatiza que “essa mesma estrutura, essa mesma célula lógica pode ser situada numa criança aos cinco anos com uma experiência aos três anos. É uma pequena maquinaria que podemos localizar cronologicamente em qualquer momento da vida de um sujeito, seja criança, adulto, enquanto esteja habitado pela linguagem.” (s/ p.)

A criança com estrutura psicótica, segundo Bassols, portanto, não faz esse movimento, não constrói essa dupla temporalidade e assim não constrói um sintoma a partir do trauma. Bassols diz que elas estão presas no “tempo do um sozinho”, e questiona-se acerca do trauma na psicose, pois se para configurar-se o trauma é necessário haver dois tempos lógicos, não articulados na psicose, “não sabemos muito bem qual é o acontecimento traumático”, nesse caso. Segundo ele, a criança psicótica está presa no tempo sem poder construir algo que faça retroação e significação ao real.

No caso da neurose, uma invenção possível seria uma fobia, como resposta a uma experiência angustiante (uma experiência de gozo sem significação para o sujeito. Bassols então se pergunta sobre o que ocorre quando isso não é possível, e diz que entre S1 e S2, algo não cessa de não se escrever, sem possibilidade de encontro, de significação, sem possibilidade de uma invenção sintomática, como na neurose.

Segundo Barroso (2012), o S2 na psicose corresponde ao delírio. Ou seja, trata-se do segundo tempo, da formação sintomática. O significante, nesse caso, fica no real e não no campo simbólico do Outro, assim não tem efeito de representação ou de medicação, “devido a injunção superegóica de um Outro absoluto. Age como uma palavra devastadora, um S1 que o sujeito encarna e realiza de modo petrificado. Para Stanley, “panda” era, pois, uma espécie de carão de palavra, isto é, “estado nodal da palavra” (Lacan, 1953-54/1983 apud Barroso, 2012, p. 45).

Segundo essa perspectiva, portanto, o tratamento de crianças psicóticas encara as mesmas dificuldades da clínica com adultos psicóticos, quais sejam, o manejo da transferência, a posição do analista, os tipos de intervenção e a orientação do tratamento: a construção de um delírio, ou a criação de uma suplência estabilizadora. Assim, uma invenção apenas será possível caso se construa essa temporalidade, acompanhando a criança na construção de seu sintoma.

A grande diferença, portanto, com relação à defesa das psicoses não decididas na infância, parece desembocar no questionamento acerca da causalidade da psicose. Se é necessário haver dois tempos para a formação sintomática, em que tempo se define a estrutura? No primeiro ou no segundo? De que tempo se trata? Vimos que esses autores que tratam a

psicose como definitiva enquanto estrutura desde muito cedo não supõem que a puberdade seja necessária para intermediar o primeiro tempo e o segundo. Trata-se de uma operação que pode acontecer a qualquer momento na vida. Além disso, eles não parecem focar suas pesquisas na noção de causa da estrutura, ou seja, não tentam localizar quando ela se definiria ou não. Derradeiramente, é importante destacarmos que parece ser uma leitura errônea localizar a causa da estrutura, por esse fato não poder ser confirmado, sendo importante, portanto, pensar na ética que fundamenta cada hipótese possível de ser levantada, assim como em qual a noção de verdade implicada.

2.2.2 Estrutura psicótica não decidida na infância

O posicionamento segundo o qual o analista de crianças deve considerar o tempo do desenvolvimento neuromotor parece encontrar fundamento nos escritos de Freud, como, por exemplo, no texto *Análise terminável e interminável*, quando Freud (1937/1996) se refere às patologias adquiridas. Ele diz que quando se trata de patologia adquirida, isso terá acontecido no decurso do desenvolvimento. Segundo ele, o ego precisa tentar desde seu início, ou seja, nos primeiros anos de vida, mediar o id e o mundo externo, a serviço do princípio de prazer, e proteger o id contra os perigos desse mundo externo. Sob a influência da educação, todavia, o ego, segundo Freud, passa a dominar o perigo interno, antes que este tenha se tornado externo.

Outras passagens de Freud (1924/1976), ainda, que fazem referência ao desenvolvimento psíquico e às influências que o psiquismo sofre do meio externo, estão, por exemplo, no texto *A dissolução do complexo de Édipo*, em que ele diz que o complexo de Édipo rui quando chega à hora, assim como os dentes permanentes começam a crescer quando caem os dentes de leite. Nesse sentido, Freud refere-se a fases preordenadas de desenvolvimento, e chega a dizer que não tem dúvida que haja um “gênero típico” de relação cronológica e causal entre complexo de Édipo, intimidação sexual (ameaça de castração), formação do superego e o início do período de latência. Todavia, ele faz um adendo ao dizer que, embora típico, não é o único possível, e que variações na ordem cronológica e na vinculação desses eventos têm grande importância no desenvolvimento do indivíduo.

Freud, portanto, considerava o desenvolvimento cronológico em sua relação com o desenvolvimento psíquico, de forma que possibilitou, por exemplo, que Karl Abraham viesse a enfatizar os estágios de desenvolvimento da criança. Segundo Laurrent (1994), para Abraham, a psicanálise com crianças consistia em encaminhar a criança no sentido de seu desenvolvimento, passando das organizações fantasmáticas pré-genitais a uma organização

genital, cuja finalidade seria conduzi-la a um mundo edipianizado, ou seja, organizado em uma lógica fálica.

Dessa forma, o principal argumento dos psicanalistas que consideram de extrema importância estarmos atentos ao momento do desenvolvimento da criança que recebemos em atendimento, consiste na ideia de que a constituição da estrutura e o desenvolvimento neuromotor possuem “pontos de encontro”. Embora considerem tratar-se de tempos e instâncias distintas, defendem que são tempos interdependentes, ou seja, possuem pontos de entrecruzamento que provocam efeitos numa e noutra lógica e num e noutro tempo. Mas de que forma se dariam esses entrecruzamentos?

Segundo Esteban Levin (1998), o que permite o desenvolvimento do tônus muscular e sua erogenização é a primeira experiência de satisfação, ou seja, a primeira marca na criança. É só a partir da trama simbólica que poderá haver desenvolvimento psicomotor. Por outro lado, ele afirma que “o desenvolvimento do corpo e sua construção corporal são variantes que vão conformando o horizonte imaginário dessa estrutura.” (p. 26). Em outras palavras, a estrutura significativa do sujeito e sua função motora corporal se entrelaçam.

Haveria assim uma especificidade na clínica psicanalítica com crianças, uma vez que, no adulto, o tempo do desenvolvimento psicomotor já terminou e não há mais pontos de encontro entre a constituição da estrutura e o desenvolvimento. Desse modo, Levin defende que a estrutura está para o desenvolvimento, assim como o sujeito está para a criança, no sentido de que o sujeito se estrutura no registro simbólico, e a criança se desenvolve nos “embates do imaginário” (p. 35).

O desenvolvimento neuromotor estaria, assim, diretamente ligado ao imaginário, sendo considerado necessário para a alienação ao olhar e às palavras do Outro, e à consequente formação de uma imagem unificada do Eu. Enquanto a estrutura estaria ligada ao simbólico, que se constitui nesse corpo.

Para Elsa Coriat (1998), o conceito de desenvolvimento ficou “semiforacluído” na obra lacaniana, o que, ela acredita, limitou a clínica psicanalítica com crianças. Ela se questiona sobre o que há antes de haver inconsciente, e afirma que para o inconsciente se constituir são necessárias sucessivas transcrições, ou a inscrição de uma série de traços mnêmicos. A autora retoma a *Carta 52* (Freud, 1896/1996) ao sustentar que o sistema nervoso central é como um papel em branco em que, na primeira experiência de satisfação, inscreve-se o primeiro traço mnêmico, e então sucessivas transcrições representam a obra psíquica de sucessivas épocas da vida. Em outras palavras, seria na repetição das experiências, que depende do desenvolvimento neuromotor, que se iria construindo a estrutura do aparelho psíquico.

Logo, segundo Bernardino (2004), para a inscrição de um traço mnêmico seria necessário o orgânico, por um lado, e o significante, por outro:

Não há inscrição sem estes dois elementos. Se o sujeito é afetado pelo significante, ainda é preciso que haja um sistema nervoso, uma base orgânica, para que este significante que o afeta fique registrado. E no que se refere ao orgânico, o tempo do desenvolvimento conta, pois há uma dependência de fatores neurofisiológicos, maturacionais. (p. 54)

Para Lacan (apud Coriat, 1998), o inconsciente já está presente antes do corpo real do bebê, no entanto, defende Coriat, dissociado de seu corpo. Ele então se aliena nessa linguagem, a começar pela sucessão de fonemas que configura seu nome. A significação das palavras não é compreendida imediatamente, trata-se de um enigma que a criança herda, de tal modo que todo sujeito começa a articular sons sem saber o que diz. É só a partir do momento em que a criança consegue selecionar os fonemas (representações sonoras) de sua língua materna, entre seis e oito meses, que ela pode registrar sequências fonemáticas (significantes). Dessa forma, segundo ela, para que o bebê se aliene é necessário que ele tenha capacidade neurológica para discernir fonemas. É no processo de separação que a ela seria possível se desalienar, passando a acreditar que adquiriu então a linguagem. E esse fenômeno de separação só se daria quando não houvesse forclusão do significante Nome-do-Pai, mas sim o fenômeno do recalque.

Leda Bernardino (2004), de acordo com o posicionamento de que o analista deve considerar o tempo do desenvolvimento neuromotor do bebê e da criança, defende que a psicose na criança deve ser pensada pelo analista como *psicose não-decida*, diagnóstico proposto por Alfredo Jerusalinsky. Segundo esse autor, na infância “não se produziu uma inscrição definitiva, há uma espécie de suspense, escansão, de dilatação desse momento de inscrição”, de forma que só se poderia falar em psicoses indecidas. Em suas palavras:

a infância reconhece a possibilidade de estados provisórios, não decididos, que vão se decidir tardiamente quanto à estrutura. E tem o que chamo de psicoses não decididas, ou indecidas, porque realmente não se produziu uma inscrição definitiva, há uma espécie de suspense, de escansão, de dilatação desse momento de inscrição, de captura da criança no campo da linguagem numa posição subjetiva. Senão, haveria que pensar que uma estrutura é algo de infável, está além das palavras, as palavras não teriam eficácia nenhuma, e pelo que sabemos, a psicanálise descobriu precisamente que a estrutura é obra das palavras!” (Jerusalinsky, 1993 apud Bernardino, 2004).

Bernardino (2004) cita diversos autores que defendem ser possível, no tratamento psicanalítico com crianças, operar a inscrição do significante Nome-do-Pai, encaminhando sua estrutura para uma organização fálica. Para Rassial (1999) apud Bernardino (2004), apenas na adolescência será possível inferir a inscrição ou forclusão desse significante primordial. Ele argumenta que só então o sujeito ganha independência simbólica.

Essa posição também é defendida por Levin (1989), que afirma que a “estruturação só acaba por decidir-se a partir da puberdade” (p. 35). Para Bernardino (2004), a hipótese das psicoses não decididas é a categoria diagnóstica que “melhor contempla a posição da criança na linguagem, enquanto sujeito em constituição, bem como sua condição de indivíduo em crescimento, cujo organismo está em processo de desenvolvimento.” (p. 18).

A autora explica que a passagem do infantil para o adulto, em psicanálise, refere-se à posição do sujeito diante da falta, ou diante da incompletude do Outro. Quando se tem uma crença fálica, o sujeito situa-se no tempo infantil, ao passo que a renúncia a essa crença seria a passagem ao estatuto de “adulto”. Dessa forma, o tempo do inconsciente não tem relação com o tempo cronológico.

O tempo do inconsciente funcionaria, de acordo com Levin (1989), segundo dois momentos: o primeiro consistiria em fixações de impressões (nomeado O infantil), e o segundo, consistiria na formação do sintoma – momento de significação do anterior. Esse entendimento parece concordar com o de Freud de que apenas “mais tarde” o complexo reprimido manifestará seu efeito patogênico. Nas palavras de Leda Bernardino (2004):

Haveria um tempo – do Complexo de Édipo para Freud, do Édipo para Lacan – para definir esta estrutura. Definição esta que se daria em dois momentos: primeiramente, sob a forma de uma resposta “teórica” (neurose infantil, para Freud; fantasma fundamental, para Lacan), no tempo ainda da infância. Depois, no momento do fim da adolescência e passagem para a vida adulta, tratar-se-ia de pôr-à-prova esta primeira definição e escolher o sintoma. (p. 18)

Bernardino utiliza os três registros propostos por Lacan (real, simbólico e imaginário) para compreender esse tempo do inconsciente. Segundo ela, há um tempo real (que escapa à simbolização), um tempo simbólico (representado, definido a partir de convenções universais), e um tempo relativo a cada um, imaginário (dependente da noção de identidade).

A ideia de desenvolvimento estaria ligada ao corpo real submetido a uma gênese anatômica, fisiológica, neuronal, etc. Segundo a autora, o que faz relação entre o lugar de falasser e o lugar do biológico seria o fato de que é a partir da linguagem que o desenvolvimento se organiza, ao mesmo tempo em que é preciso haver um organismo para se instaurar a linguagem. Em suas palavras,

Estamos sempre no entrecruzamento de uma maturação que é movida por uma lógica de linguagem e marca o acontecimento biológico, ao mesmo tempo em que é dependente dele – as determinações genéticas, constitucionais e ambientais vão sofrer a ação do desejo do Outro. Os tempos lógico e cronológico se conjugam ou, como no caso das patologias, se “curtocircuitam”. (p. 56)

Leda Bernardino menciona que são necessários “vários tempos” para a formação da

estrutura psíquica. Seriam, como ela chama, “momentos-chave”: (1) o olhar do Outro, (2) o tempo de reconhecer e (3) o momento de concluir. No primeiro, ocorre a inscrição do significante, a partir da marca do traço unário. Há aqui um entrecruzamento entre a introjeção simbólica e a projeção imaginária, na medida em que se dá a operação psíquica nomeada por Lacan de Estádio do espelho. O segundo momento-chave na definição da estrutura, de acordo com essa autora, refere-se à operação psíquica do *Fort! Da!* (presença e ausência). Nesse momento acontece o recalque originário, ou seja, com o apagamento do objeto se dá a divisão do sujeito. A criança entra no tempo do Édipo e, em seguida, no estado de latência. E, por fim, o terceiro momento-chave implica uma injunção que introduz o sujeito na adolescência. A ele se faz necessário concluir com uma afirmação subjetiva – trata-se da escolha do sintoma.

Entre esses momentos-chave haveria “hiatos”, ou seja, espaços entre um tempo e outro, suspensões, em que o analista poderia intervir, através da palavra. Seria possível, então, nesses hiatos, haver inscrição do significante Nome-do-pai, por se tratar de períodos em que há a necessidade de remanejamento da significação do falo.

Embora as operações psíquicas ocorram de acordo com o *tempo lógico do inconsciente*, Leda Bernardino argumenta que a estrutura significante vai se articular, inevitavelmente, com dois elementos diacrônicos. Em outras palavras, o *tempo de maturação* deve ser considerado pelo analista, “pois a dimensão orgânica é a matéria-prima sobre a qual vai operar o significante: aí a base do funcionamento psíquico, no seu real, não pode deixar de ser levada em conta, como as patologias estão aí para nos apontar.” (p. 90).

A autora propõe seis cruzamentos entre esses diferentes tempos (o lógico e o cronológico), ao pensar como se forma o nó borromeu, ou seja, como se enodam Real, Simbólico e Imaginário. Esses seis cruzamentos parecem ser os mesmos que Marie-Christine Laznik (2016) utiliza para diferenciar autismo de psicose na criança. Quando “tudo vai bem”, segundo ela, as três linhas (que se referem aos três registros – vide figura 1) se sobrepõem como uma trança, finalizando um nó. No 1º movimento, o Real se sobrepõe ao Simbólico, no 2º movimento, o Imaginário se sobrepõe ao Real, e no 3º cruzamento, o Simbólico se sobrepõe ao Imaginário.

Esses três primeiros tempos da trança, antes dos seis meses de vida do bebê, “serão feitos e refeitos inúmeras vezes, quase que em simultaneidade” (p. 39), para então, em torno dos seis meses, entrar em jogo o mecanismo do Estádio do Espelho – momento de retomada dos três tempos da trança, para dar “espaço a outros três homólogos.” (Idem):

1º movimento – O real incide sobre o simbólico. Laznik explica esse movimento ao dizer que há um corpo frágil do bebê que precisa dos cuidados da mãe, ou daquele que cumprir

essa função, diminuindo as excitações provenientes do meio externo e do meio interno, como a excitação da fome, por exemplo. Já Bernardino (2004) diz que em um organismo de funcionamento simbólico, entre tensão e apaziguamento, esse movimento se dá partir da descontinuidade do agente materno;

2º movimento – O imaginário recobre o real. Segundo Laznik (2016), nesse movimento há investimento libidinal fálico sobre o Real do corpo do bebê, por parte do grande Outro, atribuindo-lhe o posto de “Vossa Majestade, o bebê”. O bebê, por sua vez, é ativo nessa operação: ele se coloca ou não nesse lugar. Nas palavras de Bernardino, a “falta real no simbólico é recoberta pela imaginarização do agente materno”.

3º movimento – O simbólico recobre o imaginário e configura-se uma primeira forma de castração simbólica. Laznik ilustra esse movimento fazendo referência a normas às quais a mãe precisa se submeter. Segundo ela, é conveniente colocar a “divindade retransformada em bebê, para dormir.” (p. 39). Trata-se da submissão à ordem simbólica. Ao passo que Bernardino (2004) diz que a criança, pelo que interpreta da demanda do Outro, se propõe como falo para responder à sua falta.

4º movimento – Como no 1º, o Real passa sobre o Simbólico. “Aliviar o Real deste organismo é prioritário.” (Laznik, 2016, p. 40); “repetição do primeiro cruzamento numa segunda volta: momento de confronto com o pai real e a castração do Outro materno” (Bernardino, 2004, p. 90).

5º movimento – Como no 2º, o Imaginário se sobrepõe ao Real – para Laznik (2016), trata-se da construção do Eu (moi) como “instância Imaginária alienante: é o Estádio do Espelho.” (p. 40). O bebê se desvia de sua imagem no espelho “para reencontrar o olhar daquele que mostra o espelho a ele.” (idem). Já para Bernardino, trata-se do recobrimento imaginário do pai real, momento da castração imaginária, de idealização e de temor da potência paterna.

6º movimento – Como no 3º, o simbólico recobre o imaginário. Segundo Laznik, há aqui a instauração da metáfora paterna. Bernardino concorda, afirmando que há produção da metáfora paterna e conclusão do Édipo. (Bernardino, 2004, p. 90)

Laznik (2016) enfatiza que a castração se dá sobre o Imaginário e não sobre o Real do corpo do bebê; pontuação importante por diferenciar o que se caracteriza desamparo do que é, de fato, a frustração da castração. Não atender a uma criança que chora de frio, de dor, ou de fome seria desampará-la. Dizer que a castração atua sobre o imaginário quer dizer que é a Majestade Imaginária quem cai.

Esses três movimentos, segundo Laznik (2016), ocorrerão muitas vezes, até que uma resolução do Édipo aconteça. A autora defende que nos “casos mais benignos”, o menino se

identificará ao pai, enquanto a menina trocará de objeto, elegendo o pai no lugar da mãe. Se essa castração Simbólica ocorrer, os fios da trança se enodarão, formando o nó borromeu, como ilustram as figuras 1 e 2:

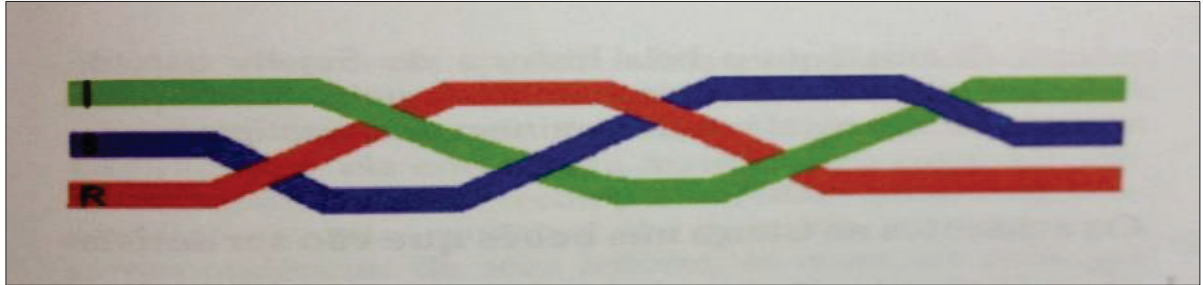


Figura 1 Representação dos seis movimentos da trança.
Fonte: (Laznik, 2016, p.43)

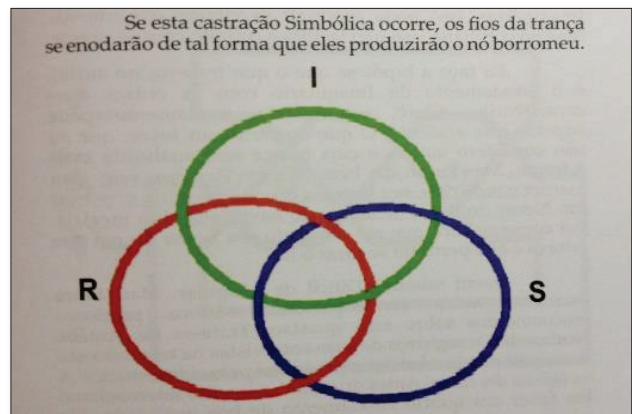


Figura 2 Representação do nó borromeu.
Fonte: (Laznik, 2016, p.43)

A autora então discorre sobre os “erros” (que ela mesma deixa entre aspas), que precisam acontecer para que não seja possível que o nó borromeu se feche. A depender da combinação desses “erros”, que precisam ser no mínimo três, o Imaginário ou o Simbólico ficariam desconectados dos outros dois. O primeiro caso configuraria o autismo, e, o segundo, a psicose.

No bebê autista, seriam necessários erros nos movimentos 1, 2 e 5 e, na psicose, poderia haver erros nos movimentos 3, 5 e 6 da trança, ou em 2, 3 e 6 (figura 3).

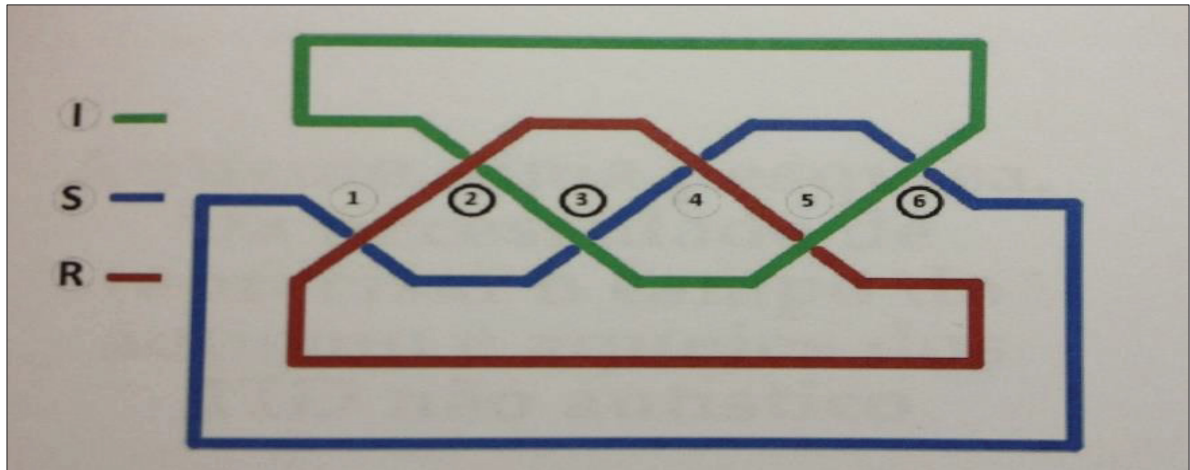


Figura 3. Representação de erros, em 2, 3 e 6, que levariam à psicose.
Fonte: (Laznik, 2016, p. 55)

Laznik (2016) diz que são duas formas diferentes de psicose:

No primeiro caso, o Estádio do Espelho não pode se constituir, apesar da tentativa do bebê que parecia aderir à Adoração de sua mãe. (...)

Vejamos outro caso possível:

Haverá sempre um “erro” em 3, ou seja, uma mãe (ou seu substituto) incapaz de recolocar o bebê no seu lugar e cessar de gozar. Há sempre um “erro” em 6, a metáfora paterna não pôde ocupar seu lugar mas um estranho Estádio do Espelho pôde se instalar, apesar do fato, em um primeiro tempo, onde não há um His Majesty the Baby possível. (p. 54)

Segundo essas autoras, Leda Bernadino e Marie-Christine Laznik, para que se instale o mecanismo de foraclusão do significante Nome-do-Pai, é preciso que a falha em uma operação seja recorrente nas operações seguintes, até o momento em que esse sujeito será chamado a responder pelos seus próprios atos, por sua sexualidade e por suas palavras. Bernardino afirma que essa não é a posição social da criança, mas a do adolescente, em nossa cultura.

Se até a adolescência, portanto, o “erro” em um dos movimentos, como diz Laznik, ou a falha em uma das operações, como diz Bernardino, não se repetir, existe a possibilidade de uma inscrição significativa acontecer, “mesmo que isso exija do sujeito um outro tipo de amarração. Como Lacan o demonstrou, é possível fazê-lo em referência ao Nome-do-Pai, pois, não havendo instalação da foraclusão, há abertura para a função do Outro.” (Bernardino, 2004, p. 80)

O tratamento dessa criança recebida pelo analista seria, considerando essa abertura para a inscrição do significante Nome-do-Pai, nas palavras de Laznik (2016): “tentar apagar esses “erros” antes do fechamento do nó.” Ela ilustra de que maneira, à luz dessa forma de compreensão do autismo na criança, acontece um trabalho interdisciplinar entre médico e psicanalista:

Para aqueles que estão no primeiro “erro”, nós trabalhamos junto com o pediatra, que propõe um medicamento para diminuir o reflexo gastro-esofágico do bebê. O princípio ativo do omeprazol, se não impede o autismo, é um coadjuvante eficaz no trabalho do psicanalista. O bebê, libertado dessa dor pode ser mais sensível aos avanços fálico narcísicos de seu analista e de sua mãe. (Laznik, 2016, p. 49)

Bernardino (2004) defende, nesse sentido, ser importante que o analista considere a posição do sujeito na fala e na linguagem, e que essa posição se modifica de acordo com os diferentes momentos do desenvolvimento do bebê ou da criança. Em outras palavras, ela diz que há uma relação entre a lógica da linguagem e os acontecimentos biológicos, no sentido de que os “tempos lógico e cronológico se conjugam ou, como no caso das patologias, se “curtocircuitam” (p. 32). Nesse sentido, a autora afirma que as operações psíquicas, como “alienação e separação”, “estágio do espelho”, “tempo do Fort!Da!”, “atravessamento do Édipo”, “tempo de latência” e “entrada na adolescência”, implicam em diferentes posições do sujeito na linguagem, e apenas nesta última operação é que haveria o “ato de decisão estrutural” (p. 32).

A autora então propõe uma definição de desenvolvimento que considera compatível com uma abordagem psicanalítica freudo-lacaniana, que consistiria no “atravessamento dessas diferentes interseções de tempos lógico e cronológico, que permitiria a passagem de um sujeito do tempo infantil ao tempo de apropriação da estrutura, passando pelos diferentes estatutos imaginários que configuram sua posição em relação ao desejo: criança, adolescente, adulto, até o envelhecimento.” (p. 57).

Todavia, é preciso notar ainda que Bernardino (2004) reconhece ser possível, embora considere tratar-se de exceções, que a posição da criança em relação aos significantes, ou seja, sua estrutura, cristalize-se de forma definitiva, muito precocemente. Seriam casos em que, segundo ela, a foraclusão determinaria uma barragem à função simbólica, impedindo o prosseguimento das operações psíquicas.

3 Implicação da Concepção de Estrutura Psicótica para o Processo Diagnóstico

Nossos diagnósticos são feitos após os eventos. Assemelham-se à prova do rei escocês para identificar feiticeiras, que li em Victor Hugo. Esse rei declarava que possuía um método infalível para reconhecer uma feiticeira. Mandava cozer lentamente as mulheres num caldeirão de água fervendo e então provava o caldo. Depois disso era capaz de dizer: “Esta era feiticeira” ou “Não, esta não era”.

Conosco se passa o mesmo, exceto que nós somos os que sofremos.

Sigmund Freud

Freud (1924/2007) finaliza seu texto chamado “Neurose e Psicose” dizendo que não sabe se apenas enriqueceu seu estoque de fórmulas, ou se, de fato, adquiriu um novo conhecimento. A clínica nos demonstra que estoques de fórmulas não dão conta do trabalho a ser realizado. Freud (1912/1980) estava ciente disso, como podemos observar também em seu artigo “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”. Ele diz que as suas orientações são resultado de anos de experiência, em que ele criou e abandonou diversos caminhos, e que, embora ele espere que possa transmitir algo, não espera que suas orientações sejam tomadas como absolutas.

Mas então, se não se trata de um estoque de fórmulas nas quais seja possível enquadrar os pacientes, crianças ou adultos, se não há receita a seguir, qual o uso possível do diagnóstico, em psicanálise? De que maneira o analista utiliza o diagnóstico como um conceito instrumental, ou seja, como instrumento que orienta sua prática? Acentuar que os conceitos psicanalíticos não são conceitos que se referem à coisa mesma nos parece importante para refletirmos sobre como utilizamos o diagnóstico estrutural, proposto por Lacan, uma vez que trabalhamos com conceitos abstratos e, mais do que isso, a psicanálise, por sua epistemologia, por sua ética, evidencia o quanto a realidade é construída na linguagem mesma.

Freud (1900/1980) diz que o “inconsciente é a verdadeira realidade psíquica”, e que “em sua natureza interior é tão desconhecido para nós quanto a realidade do mundo externo, e se apresenta de modo tão incompleto pelos dados da consciência quanto o mundo externo pelas comunicações dos sentidos.” (p. 613). Se considerarmos essa maneira de conceituar a realidade com a qual trabalhamos, é preciso lembrar que o fenômeno em si não tem todo o valor de verdade que tem para outros campos do saber. O psicanalista, ao fazer diagnóstico, não observa os fenômenos como um observador externo que pode, assim, descrevê-los. O diagnóstico em psicanálise só pode ser realizado em transferência, ou seja, uma vez estabelecida uma relação

entre analista e analisante, o que modifica completamente seu estatuto, se comparado ao diagnóstico médico.

Dessa forma, não se trata de descrever fenômenos, mas sim de nomear uma forma de relação do sujeito com a linguagem, com o intuito de pensar a direção do tratamento. Trata-se de, assim, permitir a produção de uma verdade singular. Nesse sentido é que o diagnóstico é estrutural e não fenomenológico. Porém, será mesmo possível prescindir dos fenômenos? Ou eles seguem sendo uma referência ao diagnóstico?

Sabemos que Freud subverteu o campo do saber que era localizado na pessoa do médico; se vamos ao médico é ele quem sabe sobre aquilo de que sofremos e qual o remédio necessário para a reconstituição de nossa saúde. Já o analista, não sabe. O analista, pela subversão freudiana, sabe justamente que não sabe. E é justamente esse não saber que possibilita o trabalho com o inconsciente. Se o paciente supõe que o analista sabe (dizemos que há transferência), o analista deve saber (e o faz devido à sua própria análise) que esse saber está no próprio paciente, embora ele não o saiba, por se tratar de um saber inconsciente.

Essa localização do saber, essa realidade psíquica com a qual o analista trabalha, indicamos uma epistemologia singular do saber em psicanálise. O inconsciente, desconhecido na neurose, às vezes exposto na psicose, emerge por meio da fala a que temos acesso ao nos relacionarmos com o paciente, e o processo diagnóstico começa ao se estabelecer essa relação, ou seja, quando uma fala passa a ser dirigida ao analista.

Mas, então, qual é o saber que o analista possui? Por que se produz teoria psicanalítica? Talvez possamos dizer que a produção teórica psicanalítica é justo o que fundamenta a necessidade de suspensão do saber, para colocar a trabalho o inconsciente. A ideia mesma de inconsciente, abstrata, não se refere a algo que está em algum lugar, que seja possível tocar, medir e mensurar. Temos notícias de nosso inconsciente por outra via, que é a via da análise, dos sonhos, dos atos falhos, dos chistes. Mas também temos notícias do inconsciente ao avesso, na psicose: conteúdos de difícil acesso na neurose, que diante da psicose desencadeada, percebemos, como diz Colette Soler (2007), a céu aberto. O inconsciente, portanto, é suposto, suposição sem a qual não se faz análise.

Dessa forma, o que o analista sabe é que há uma lógica de funcionamento do inconsciente, que isso de que não sabemos sobre nosso próprio funcionamento psíquico determina de alguma forma nossas produções de fala: nossas palavras, frases, sintomas. O inconsciente não é indeterminado ou arbitrário, e é isso que Lacan procura evidenciar quando diz que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, ou seja, que se trata de uma ordem fundada nas leis de condensação e deslocamento (ou da metáfora e da metonímia, como nomeia

Lacan).

Assim, quando dizemos que a psicose consiste na foracclusão do Nome-do-pai, o que isso quer dizer, e em que nos orienta ao recebermos um paciente (criança ou adulto) no consultório? É possível identificar a foracclusão? Parece-nos que, assim como não é possível perceber o recalque, mas sim seus efeitos, o mesmo se dá com a foracclusão. Se foi a partir dos sintomas de seus pacientes que Freud desenhou o funcionamento psíquico neurótico, não será também pelos efeitos da foracclusão que podemos pensá-la?

Quando a psicose está desencadeada, parece não haver dúvidas quanto à foracclusão, visto que se as alucinações e o delírio se tornam evidentes. Mas ao afirmar isso, não estamos dizendo que fazemos o diagnóstico a partir da observação dos fenômenos que se mostram? Será a presença de delírio e alucinação suficiente para estabelecer o diagnóstico de estrutura psicótica? E quando se trata de uma pré-psicose, para alguns, ou de uma psicose não desencadeada, o que é possível notar dessa estrutura? Seja o paciente adulto ou criança, de que forma a definição da psicose enquanto *foracclusão do nome-do-pai* nos orienta na clínica? De que maneira é possível pensar diagnóstico a partir de outra lógica, diferente da que se refere a um catálogo de sintomas, ou a um estoque de fórmulas?

3.1 Função do diagnóstico estrutural: uma questão preliminar para o tratamento

Freud (1913/1996), em seu texto “Sobre o início do tratamento” falou da importância de trabalhar com um diagnóstico diferencial, por considerar que um erro diagnóstico não seria sem consequências para o analista e para o paciente. Ele diz que se se tratar de uma parafrenia (psicose), e não de uma histeria ou neurose obsessiva, não há como o médico (ou analista) sustentar uma promessa de cura. Freud parece estar se referindo à cura a partir do paradigma da neurose, no sentido da reconstituição da capacidade de amar e trabalhar. Se for assim, ele estava pensando a cura a partir de um determinado ideal de saúde, ligada, talvez, à norma fálica. Nesse sentido, o que não se pode esperar de um tratamento psicanalítico ofertado a um paciente de estrutura psicótica, é torná-lo submisso, como o neurótico, à norma regida pela metáfora paterna. Em outras palavras, não se pode transformar um sujeito psicótico em um sujeito neurótico.

Hoje, a partir da orientação de Lacan para que não recuemos diante das psicoses, o diagnóstico estrutural tem a função de pensarmos a orientação do tratamento, que não é a mesma quando se trata de psicose ou de neurose. Se o analista levanta a hipótese de estrutura psicótica, a condução da análise não poderá ter como referência o Nome-do-Pai e a castração.

Daí a importância de procurar estabelecer de que estrutura clínica se trata nas entrevistas preliminares.

Se ao receber um paciente neurótico, cujos sintomas e identificações narcísicas (e fáticas) possuem o estatuto de metáfora, ou seja, condensam a carga afetiva que foi desvinculada da representação intolerável, o trabalho consistirá na quebra do sentido, em fazer deslocar o sentido, escoar a satisfação concentrada no sofrimento, dando assim espaço ao desejo. Na transferência, esse paciente irá supor no analista um saber, e, em um primeiro momento, esse será o motor do trabalho. O analista, então, sabendo que não sabe, redirecionará a questão ao analisante, para que ele se coloque a trabalho, aprendendo a buscar em si (de seu inconsciente) as respostas para suas questões.

No entanto, se recebemos um paciente que não está organizado falicamente, que não produz metáforas, ou ao menos não produz determinadas metáforas – que digam respeito à função paterna, que digam respeito ao falo, como será possível atuar na quebra do sentido? Não seria então de outra ordem o sofrimento desse sujeito? Não entraremos aqui na discussão acerca da direção do tratamento do psicótico, mas por se tratar da razão mesma de existir do diagnóstico, é importante que ao menos a tenhamos em vista. Em outras palavras, a função do diagnóstico em psicanálise é oferecer coordenadas clínicas, apontando uma direção possível ao tratamento, ou seja, apontando também seus limites. Nesse sentido, diagnóstico e direção do tratamento são indissociáveis.

De qualquer forma, ao deslocar a localização do saber do médico para o inconsciente do analisante, podemos pensar que Freud retira-se de uma posição de poder que se prestaria apenas a favorecer ilusões de controle do Eu. Assim, diagnóstico em psicanálise não se trata de uma classificação definitiva e muito menos tem pretensão de ser conclusivo, fixo, uma verdade absoluta. Diante disso, Dunker (2011) sugere pensarmos em hipótese diagnóstica ao invés de diagnóstico, no sentido de que se trata de um processo em que a hipótese, ao longo do tratamento e em suas intercorrências, portanto na relação com o analista, se confirma ou não, havendo sempre a abertura (e o cuidado) para o inesperado do trabalho com o inconsciente.

Diante disso, a questão migra para: como levantar hipóteses diagnósticas, de maneira processual e relacional? Lembremos que, como vimos, no simbólico é que são articuladas as questões fundamentais do sujeito sobre o sexo, a morte e a procriação, se referenciadas ao complexo de Édipo. Assim, é somente no contexto da clínica, ou seja, sob transferência, quando o analisante toma o analista como destinatário de suas falas, que é possível, nesse processo, pensar na (hipótese) diagnóstica estrutural do paciente. Trata-se, portanto, de perceber uma estrutura relacional, diferentemente do diagnóstico psiquiátrico, que visa identificar no paciente

uma série de sintomas previamente descritos no manual.

Então, é a partir do Simbólico que se pode perceber como a pessoa se defende da castração (da do Outro e da sua). Como vimos, o recalque (*Verdrängung*) do neurótico nega a castração, mas conserva a representação (insuportável, ou referente à castração) no inconsciente. Já quando se trata da forclusão (*Verwerfung*) do psicótico, não há em seu inconsciente vestígio algum dessa representação, de forma que não há admissão, no Simbólico, da ordem fálica determinada pelo Édipo.

Porém, como não nos parece possível perceber a forclusão ou o recalque propriamente ditos, pois que temos apenas notícias da defesa pela via de seus efeitos, Dunker (2011) propõe decompor as diferentes ordens de diagnóstico em função das diferentes ordens de questão implicadas na noção de transferência. Seriam elas: - tipo de relação de fala, - tipo de relação com o saber, - tipo de completamento do sintoma pela demanda, - o tipo de aparelhamento de gozo, e - o tipo de relação com a falta.

Já Eric Laurent apud Barroso (2012) orienta que se extraia do sintoma a estrutura do automatismo mental²⁷. Para isso, precisaríamos perceber se o significante está no nível do real e não no campo simbólico do Outro; se ele tem efeito de mediação ou representação; se ele se apresenta de modo petrificado; ou ainda, se age como uma palavra devastadora, como uma espécie de caroço da palavra. Miller (1996) afirma que o psicótico não se defende do real através da linguagem, justamente porque para ele o simbólico é real. Assim, se para o neurótico a palavra mata a coisa, para o psicótico, a palavra é a coisa.

Darian Leader (2013) demonstra, por meio de vinhetas clínicas, que essa relação com a linguagem não é algo que está necessariamente evidente, podendo demorar para que o paciente exponha algo que seja da ordem do automatismo mental. Assim, o que quer dizer o significante estar para o paciente no nível do real, como sugere Eric Laurent? A que relação com o saber se refere Dunker?

Freud (1911/1996) disse, quanto aos psicóticos, que “Eles só dizem o que querem. – Não existem segundas intenções. Não cabe perguntar ‘o que ele quer dizer?’ Deve-se ler ou ouvir ao pé da letra. O que um paranoico quer dizer é justamente o que diz.” Nos parece, portanto, que o significante estar no nível do real, podendo às vezes agir como uma palavra devastadora, quer dizer que, para essa pessoa, a palavra está grudada à coisa mesma, sem possibilidade de deslocar o sentido, ou de trocar de significante para falar da mesma coisa, ou ainda, de suportar a absoluta ausência de significação. Quando ao se comunicar, por exemplo,

²⁷ Aprofundaremos nossa compreensão do automatismo mental, para Lacan, no subitem seguinte.

alguém lhe diz que se trata de um estojo o que ele sempre chamou de penal, isso pode desorganizá-lo, causando-lhe grande ansiedade. Isso está atrelado a uma relação com o saber. “Eu sei que isso se chama penal”. Parece ser uma resposta a um grande estado de perplexidade em relação à ausência de sentido. Se não houver auxílio de um significante que permita significar as coisas, e, ao mesmo tempo, suportar a ausência de significação, o deslizamento do sentido se torna insuportável, sendo necessária a criação de pontos de basta bastante rígidos (como a metáfora delirante). Como suportar que a significação falha? Que ela não é completa? Que não diz de uma vez por todas do que se trata? Podemos pensar que essa relação com a palavra é efeito do que Lacan articulou em termos de forclusão do Nome-do-Pai?

Um sujeito neurótico, por contar com o significante paterno que organiza o mundo de uma determinada forma (fálica), está mais preso ao sentido, às convenções, e não tanto ao significante em sua materialidade, como o psicótico. Parece que a palavra, para o neurótico, se perde na frase, ele aguarda o fim da frase para saber o que se quis dizer. Ele conta com o ponto de basta e as palavras são instrumentos pelos quais se procura um sentido. Já o psicótico conta com a verdade (?) de cada palavra, ele escuta a palavra mesma, ele toma a palavra ao pé da letra.

É interessante pensarmos, que tanto o neurótico como o psicótico estão mergulhados nesse sistema que é a linguagem, instrumento pelo qual atribuímos sentido às coisas, pelo qual tentamos nos comunicar uns com os outros, pelo qual construímos os objetos, pelo qual organizamos os lugares e os papéis de cada um no mundo, pelo qual produzimos saber. Podemos dizer que todos nós estamos submetidos, portanto, a um sistema necessariamente falho.

O neurótico age de acordo com as convenções, está mergulhado nelas, se organiza a partir delas. O psicótico não as compreende; precisa então trabalhar dobrado para se relacionar a partir delas. Diante de uma situação traumática, portanto, em que as convenções são postas em questão, e a existência de um bom Deus, por exemplo, se torna questionável, tanto um como o outro, o psicótico ou o neurótico, pode se desorganizar. No entanto, por não contar com o que Lacan chamou de significante Nome-do-pai, o psicótico poderia ter menos recursos psíquicos para se reorganizar.

Mas talvez seja também por essa razão, a de que o psicótico não está preso às convenções, que, como diz Leader (2013), é comum o psicótico perceber a verdade por traz delas. Assim, enquanto o neurótico busca vias pelas quais poderá encobrir a verdade de seu inconsciente, o psicótico a percebe imediatamente. As histórias folclóricas, por exemplo, trazem em si verdades insuportáveis para o neurótico, porque representam aquilo sobre o que o

neurótico não quer saber. Tanto não quer saber, que encontra formas de contar as histórias omitindo aquilo que é considerado imoral. Já o psicótico, pela via da ironia psicótica, indica uma compreensão dos jogos de linguagem e do faz de conta em que se baseia o mundo social comum. Em vez da imersão nele, um certo distanciamento permite uma perspectiva mais exata, e essa é uma das razões por que tantas vezes são feitas descobertas inovadoras por sujeitos psicóticos. Eles conseguem enxergar coisas para as quais os outros ficam cegos.

Apesar de podermos tentar traçar essas diferenças entre o neurótico e o psicótico, é fundamental sublinharmos que se trata de aspectos passíveis de serem percebidos pelo analista apenas através da fala a ele dirigida, ou seja, pela via da escuta analítica. O sintoma por ele mesmo não é suficiente para estabelecer um diagnóstico, se não escutarmos a forma como essa pessoa se relaciona com o sintoma, ou seja, de que forma ela fala dele, o que ele significa ou não para ela. Parece simples essa afirmação, porém, quando estamos na prática clínica e em meio às discussões diagnósticas, notamos como é comum ignorar-se essa premissa: o sintoma, por ele mesmo, isolado daquele que o manifesta, nos diz quase nada.

Por sua impossibilidade mesma de dar conta da riqueza de manifestações sintomáticas e das formas diversas de sofrimento psíquico, novas categorias brotam aos montes e, assim, obscurecem as estruturas clínicas. Darian Leader fornece alguns exemplos para ilustrar essa distinção entre o fenômeno (sintoma para a psiquiatria) e a estrutura clínica: duas pessoas poderiam ter começado a recusar-se a comer, e receberiam o mesmo diagnóstico psiquiátrico: o de anorexia nervosa. No entanto, ao escutarmos essas duas pessoas, poderíamos perceber que uma deixou de comer porque acredita que ficará mais bela para alguém, ou seja, quer ser percebida por alguém; ao passo que a outra pessoa sabe que alguém envenenou sua comida, porque quer lhe matar. Outro exemplo ainda: duas pessoas são absolutamente tímidas, o que as impossibilita de frequentar ambientes sociais. Além disso, ambas apresentam apreensões com relação à imagem corporal, de forma que lhes caberia o diagnóstico psiquiátrico de fobia social. Mas em uma delas, esse sintoma se refere à impossibilidade de lidar com a atração que sente ou que despertaria nos outros, ao passo que a outra pessoa descobriu que os outros escutam seus pensamentos.

Dessa forma, a descrição isolada do sintoma (como por exemplo, ansiedade, medo, pânico, insônia, terror noturno, inibição, agressividade, comportamento obsessivo) não é suficiente para que possamos levantar, de maneira processual e relacional, a hipótese diagnóstica. Tais descrições, relatos, fazem uso desses significantes, mas, como vimos, o que cada significante representa para cada um é algo da ordem mais absolutamente singular. Nesse sentido, para além do sintoma (ou do conteúdo expresso), o diagnóstico estrutural implica saber

como a experiência com o sintoma, ou com aquilo que é relatado, é vivenciada subjetivamente. E só temos acesso a isso por meio da fala do paciente. Em termos teóricos, trata-se de identificar as diferentes formas de defesa diante da castração, que implicam diferentes formas de se relacionar com o corpo, com os objetos e com o Outro.

Não contar com esse significante, como vimos, quer dizer não contar com o recalque – defesa que permite que as pessoas vivam de acordo com as convenções sociais. De certa forma, podemos perceber que o recalque está diretamente ligado ao movimento civilizatório. Recalcamos aquilo que convencionalmente, moralmente, não é permitido, logo, não é suportável pensá-lo ou senti-lo. O psicótico não utiliza esse mecanismo, mas podemos dizer que há algo da ordem do insuportável também para ele, afinal, sua defesa é ainda mais intensa.

Assim, perplexo, mergulhado em angústia, sem poder dizer o que é que lhe é interior ou exterior, constrói-se um delírio, uma certeza inabalável que poderá ajudá-lo a estar no mundo. Mas de que ordem de certeza se trata? Lacan (1955-56/1988) diz que não é a realidade que está em causa, criticando os psicólogos por formularem uma falsa problematização:

Os psicólogos, por não freqüentarem verdadeiramente o louco, se colocam o falso problema de saber por que ele acredita na realidade de sua alucinação. Vê-se bem, no entanto, que isso não cola, e se cansam então enormemente elucubrando uma gênese da crença. Seria preciso em primeiro lugar precisá-la, essa crença, pois, na verdade, o louco não acredita nela, na realidade de sua alienação.

(...) nada é mais fácil de ser obtido do sujeito que a confissão de que o que ele está ouvindo, nenhuma outra pessoa o ouviu. Ele diz: Sim, está bem, foi só eu que o ouvi.

A realidade não é o que está em causa. O sujeito admite, com todos os rodeios explicativos verbalmente desenvolvidos que estão ao seu alcance, que esses fenômenos são de uma outra ordem que o real, ele sabe bem que a realidade deles não está assegurada, admite mesmo até um certo ponto sua irrealidade. Mas contrariamente ao sujeito normal para quem a realidade chega de bandeja, ele tem uma certeza, que é a de que aquilo de que se trata – da alucinação à interpretação – lhe concerne.

Não é de realidade que se trata com ele, mas de certeza. Mesmo quando ele se exprime no sentido de dizer que o que sente não é da ordem da realidade, isso não atinge a sua certeza, que lhe concerne. Essa certeza é radical. (pp. 92 e 93)

O automatismo mental, portanto, refere-se a algo da ordem da palavra que invade. E isso, essa invasão, é simplesmente inquestionável. O psicótico pode concordar com o médico que isso seja da ordem de uma alucinação, porém isso não muda em nada o fato de que ele é invadido. Por isso, a palavra pode ser devastadora. É como se não houvesse controle do que é uma atividade interna e o que é lhe é externo. Há a sensação de que outras pessoas, ou seres extraterrestres, ou ainda seres divinos atuam sobre ela, falam dela, ou falam por ela.

Um sujeito neurótico, por sua vez, também pode acreditar em extraterrestres, ter crenças bastante firmes em um ser superior que escreve certo por linhas tortas. E um psicótico pode

colocar muitas coisas em questão, ter muitas dúvidas. Assim, como é possível fazer um diagnóstico a partir deste critério? Em determinados casos clínicos é possível ter maior ou menor convicção acerca da hipótese diagnóstica, porém, ter certeza do diagnóstico, como se ele representasse a coisa mesma (ou seja, sem tomá-lo como conceito instrumental), parece-nos, indica que o analista, ele mesmo, construiu aí, das duas uma, ou uma crença ou um delírio.

Para sustentar a hipótese diagnóstica é preciso suportar a angústia de não poder saber tudo, de ter que esperar para ver, ter paciência e cuidado com suas intervenções e interpretações, o que significa se colocar a (muito) trabalho a cada paciente que receber – pela via da análise e da supervisão.

O que tentamos descrever são, portanto, caminhos que podem permitir a orientação da prática clínica. Leader (2013) tenta demonstrar, por exemplo, como diferenciar a superstição de um sujeito neurótico da de um psicótico:

Certa vez, uma paciente me falou de sua saída de um emprego bem-sucedido no centro financeiro de Londres e das dificuldades para encontrar outra posição. Dada a sua maneira de descrever o prazer que sentia no trabalho, imaginei que havia sido demitida ou que algum atrito no escritório tinha exigido sua saída. No entanto, só depois de um questionamento longo e detalhado foi que ela admitiu ter deixado o emprego, porque, um dia, quando estava indo para o trabalho, um gato preto havia cruzado seu caminho. A paciente soubera de imediato que aquilo era um sinal dirigido a ela, e que estava na hora de ir embora.

Muitas pessoas têm superstições cotidianas e muitas agem com base na visão de gatos pretos. Podem resolver comprar um bilhete de loteria, ou tomar um cuidado especial em determinada tarefa, ou telefonar para um parente e indagar sobre sua saúde. Em geral, há um sentimento de que “sei muito bem que isso é bobagem, mas, mesmo assim...”. Há uma diferença entre usar o aparecimento contingente de um gato para examinar atentamente uma ideia, ou instigar uma ação, e interpretar uma mensagem como se ela concernisse diretamente ao sujeito, de forma inequívoca. Não é a superstição em si que sugere o diagnóstico, mas o modo como o indivíduo a situa em relação a si mesmo. (s/p.)

Podemos dizer que na psicose essa superstição ganha o estatuto de certeza – certeza de que se trata de algo que se remete a ele. Segundo Leader, essa ausência de dúvida pode assumir a forma do delírio – seria a convicção absoluta de uma verdade; inquestionável. Para um sujeito neurótico, o saber e a verdade podem entrar em conflito. Por mais que o sujeito neurótico tenha determinadas convicções e crenças muito bem estabelecidas, de alguma maneira esse saber encontra seus limites, de forma que em alguma circunstância, quando confrontado com as questões pessoais mais profundas, ele coloca suas convicções em dúvida (mas ele pode não expressar essas dúvidas, por exemplo, o que demonstra o limite do analista para levantar a hipótese diagnóstica).

Da mesma forma, um psicótico pode ter diversas dúvidas²⁸, porém em um determinado ponto, o qual ele pode demorar a expressar, é que se mostra a presença do automatismo mental. Assim, nem sempre é simples identificar essa relação da pessoa com a linguagem, pois não seria qualquer significante, ou qualquer significação, que demonstraria sua presença. Daí o cuidado e a atenção que um clínico deve tomar desde as entrevistas preliminares. Leader fornece um exemplo de uma paciente que apenas após um ano demonstrou algo da ordem de um automatismo mental:

Só depois de um ano trabalhando juntos foi que uma de minhas pacientes me disse ter uma lista escrita de instruções para sua vida, a qual sempre carregava no bolso do casaco. Para ela, essas eram certezas jamais questionadas, que lhe permitiam atravessar as muitas situações difíceis em que se descobria. As regras também podem assumir a forma de conselhos vindos de um livro de autoajuda, ou de um especialista que a pessoa leve a sério. Mais uma vez, não é o conteúdo dos conselhos que importa, mas sim o lugar que eles ocupam na vida do sujeito. (s/ p.)

No que se refere à relação com o Outro²⁹, Leader sugere o contraste das dúvidas do neurótico sobre o amor: o neurótico se questiona sobre o que faz o Outro amá-lo, coloca em questão esse amor, e até mesmo o amor que sente pelo Outro. Trata-se outra vez da relação com o saber. Ao passo que o neurótico acredita que esse saber possa estar em alguém, nesse Outro sede dos significantes, o psicótico dificilmente estabelece esse tipo de relação transferencial. Podemos supor que isso se dá porque se o saber está muito bem localizado, ele não desloca, não se transfere. O Outro para o neurótico pode ser representado por diversas pessoas, mas para o psicótico, talvez possamos supor que o Outro é um só.

Parece que o Outro ser um só, assim como a palavra representar a coisa mesma, são resultado, podemos dizer, de um trabalho posterior, em termos de um tempo lógico, à forclusão do Nome-do-pai. Trata-se de um efeito da forclusão. No entanto, isso não significa que possamos localizar quando a forclusão aconteceu.

Por fim, percebemos que, por um lado, estar atento ao diagnóstico é essencial para pensar que direção dar ao tratamento, e considerar o diagnóstico estrutural é fazer resistência à multiplicação de critérios diagnósticos, sempre absolutamente pautados em uma moral. Por outro, corre-se o risco de igualar o diagnóstico estrutural ao diagnóstico médico, se não

²⁸É evidente que o psicótico pode duvidar, no entanto, parece-nos que suas dúvidas são diferentes das dúvidas neuróticas, que têm como base a divisão subjetiva. O neurótico não sabe o que quer. E isso, na verdade, pode ser incompreensível para o psicótico – a paradoxalidade do conflito neurótico. Suas dúvidas são de outra ordem, seu conflito não está localizado aí. Porém, há conflito. Freud, como vimos, localiza o conflito psicótico entre o Ego e a Realidade. Talvez uma pesquisa nesse sentido pudesse clarear o estatuto da dúvida e da certeza, na psicose e na neurose. Ambas as estruturas podem apresentar dúvidas e certezas. Qual a diferença, portanto, da dúvida neurótica, para a dúvida psicótica?

²⁹Ver item 1.3.

tomarmos alguns cuidados que se referem ao estatuto mesmo dos conceitos psicanalíticos. O diagnóstico em psicanálise não se refere a alguma coisa em si. Não é uma entidade nosográfica. É um recurso para orientar a escuta do analista; não um instrumento classificatório a ser utilizado para definir o paciente. É um conceito que orienta uma prática, cujo valor se confirma pelos efeitos de vida que observamos pelos milhares de relatos de pessoas que passaram pela experiência de uma análise.

Assim, para além da complexidade no que se refere às hipóteses diagnósticas, parece-nos importante destacar que, como se trata de diagnóstico que só se faz a partir de uma relação transferencial, esse processo diagnóstico implica necessariamente aquele que escuta e o estabelece: “o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva” (Ceccarelli, 2005, p. 473), assim como sua escuta, embora conte com o arcabouço teórico psicanalítico que a oriente, é impossível tratar-se de uma escuta completamente imparcial.

3.2 Automatismo mental e fenômeno elementar: indicativos de estrutura psicótica?

Pois é por esses fenômenos se ordenarem nas figuras desse discurso que eles têm fixidez de sintomas, que são legíveis e se resolvem ao serem decifrados.

Lacan (1959, p. 556)

Uma importante questão que se coloca quando tentamos pensar sobre como se dá o processo relacional em que levantamos hipóteses diagnósticas, refere-se ao estatuto dos fenômenos, e sua relação com a noção de estrutura. Será possível prescindir dos fenômenos? Embora sustentemos que o analista faça um uso diferenciado do fenômeno, ou seja, que ele o utiliza de maneira não objetiva, que ele considera a forma como o paciente se relaciona com o fenômeno e fala dele, e que ele se coloca como peça que passa a fazer parte dessa rede relacional em que o paciente o inclui, isso não significa que ele possa prescindir do fenômeno.

Não fica evidente, todavia, a maneira diferenciada de considerar os fenômenos, considerados clássicos para diagnóstico da psicose na psiquiatria, no processo diagnóstico psicanalítico. Dizemos comumente, inclusive, que se há alucinação e delírio, isso confirma a forclusão do Nome-do-pai, logo, que se trata de uma estrutura psicótica. No entanto, em que tal afirmação se diferenciaria do diagnóstico psiquiátrico?

No seminário 3, Lacan tece dura crítica à definição da paranóia, por Kraepelin, dizendo

que se tratava de um desconhecimento da noção de estrutura:

Esse motor da estrutura foi tão profundamente desconhecido que todo o discurso, ao qual me referia ainda há pouco, em torno da paranóia traz as marcas desse desconhecimento. É uma prova que vocês podem fazer no decorrer da leitura de Freud e de quase todos os autores – vocês encontrarão aí sobre a paranóia páginas, às vezes capítulos inteiros, extraíam-nos de seus contextos, leiam-nos em voz alta, e verão os desenvolvimentos mais incríveis concernentes ao comportamento de todo mundo. Pouco falta para que aquilo que li pra vocês há pouco, da definição da paranóia dada por Kraepelin, não defina o comportamento normal. Vocês tornarão sempre a encontrar esse paradoxo (...)

Esses móveis que se pretendem demonstrativos são de uma ambigüidade tão completa que se pode perguntar como a ilusão de serem demonstrativos pode por um só instante ser conservada, senão por uma espécie de obnulação do sentido crítico que parece apoderar-se do conjunto dos leitores logo que abram uma obra técnica, e especialmente quando se trata de nossa experiência e de nossa profissão.

Esta observação que eu lhes fiz da última vez, segundo a qual o compreensível é um termo sempre fugidio, inapreensível, é surpreendente que ela nunca seja pesada como uma lição primordial, uma formulação indispensável para aceder à clínica. Comecem por não crer que vocês compreendem. Partam da idéia do mal-entendido fundamental. Aí está uma disposição primeira, na falta da qual não há razão para que vocês não compreendam tudo e não importa o quê. Tal autor lhes dá tal comportamento como um signo de inafetividade num certo contexto, alhures será o contrário. Que se recomece sua obra após ter-lhe acusado a perda, pode ser compreendido em sentidos completamente opostos. Faz-se o apelo de modo perpétuo a noções consideradas como estabelecidas, quando de modo algum elas o são.

É aí onde quero chegar – a dificuldade de abordar o problema da paranóia resulta precisamente de que ela se situa no plano da compreensão.

O fenômeno elementar, irredutível, está aqui no nível da interpretação. (pp.30 e 31)

Notamos que Lacan estabelece uma diferenciação nesse momento entre a descrição de comportamentos como método diagnóstico e o diagnóstico que considera o fenômeno elementar no plano da compreensão/interpretação. Parece que ele retoma sua defesa de que a psicose é algo a que temos acesso pela via da fala. Nesse sentido, não é algo que podemos descrever objetivamente, e muito menos de uma vez por todas.

No seminário III, Lacan (1955-56/1988) atribuiu o conceito de fenômeno elementar a Clérambault: “Se vocês lerem, por exemplo, o trabalho que fiz sobre a psicose paranóica, verão que enfatizo nele o que chamo, tomando emprestado o termo a meu mestre Clérambault, os fenômenos elementares”. (p. 28). Na sua tese, no entanto, Lacan (1932/1987) atribuiu o termo à Kraepelin: “Kraepelin descreve duas ordens de fenômenos na psicose: os distúrbios elementares e o delírio.” (p. 15). Já Trichet (2011), por sua vez, indica que o conceito de fenômeno elementar na verdade deriva do trabalho do neurologista britânico Benjamin Ball (1890), que o utiliza para se referir às manifestações básicas da psicose.

Diante disso, Vanheule (2018) supõe que Lacan acaba por utilizar o conceito de

fenômeno elementar como sinônimo de automatismo mental. Esse conceito, automatismo mental, foi, por sua vez, delimitado por Clérambault (1925/1987), segundo ele mesmo, na falta de um melhor, em um sentido muito restrito: como “uma certa síndrome clínica que consiste em três registros de fenômenos automáticos: motor, sensório-motor e ideo-verbal” (p. 528, tradução nossa).

Lacan (1966/1998) diz que na psiquiatria francesa o automatismo mental de Clérambault parecia o mais próximo do que se poderia construir de uma análise estrutural. O fenômeno automático se referia, então, à ocorrência de manifestações estranhas ao indivíduo, em seu corpo e/ou em sua mente, ou seja, ao sentimento de que elementos parasitais invadem o corpo, como se não houvesse nada a fazer para impedi-los. Trata-se, então, de uma experiência atemática e afetivamente neutra, no sentido de não haver qualquer conteúdo específico. Segundo Lacan (1955-56/1988):

O mérito de Clérambault é ter mostrado seu caráter ideicamente neutro, o que quer dizer em sua linguagem que está em plena discordância com as afeições do sujeito, que nenhum mecanismo afetivo basta para explicá-lo, e na nossa, que é estrutural. Pouco nos importa a fraqueza da dedução etiológica ou patogênica, perto do que ele valoriza, a saber, que é preciso ligar de novo o núcleo da psicose a uma relação do sujeito com o significante sob seu aspecto mais formal, sob o aspecto de significante puro, e que tudo o que se constrói ali em torno são apenas reações de afeto ao fenômeno primeiro, a relação com o significante. (pp. 292 e 293)

Lacan, portanto, afirma que não se trata de um mecanismo afetivo, mas de uma questão de estrutura e que o que é importante o clínico saber é que, por trás do conteúdo afetivo, há uma forma de relação com o significante.

Podemos pensar que Clérambault (1920/1987) já havia colocado em questão o aspecto meramente descritivo dos diagnósticos, ao tentar isolar o automatismo mental como processo nuclear das várias formas de loucura. Assim, segundo essa lógica, a alucinação deixou de ser necessária para o estabelecimento do diagnóstico de psicose. Pelo contrário, para Clérambault, se houvesse alucinação, mas ausência do automatismo mental, ele descartaria a hipótese de psicose, ao passo que pacientes com automatismo mental, mas sem sintomas como alucinação ou delírio, seriam sim considerados psicóticos. Portanto, se a alucinação pode ser um automatismo mental, este não se reduz à alucinação; trata-se de um conceito mais abrangente, que se refere, como dissemos, a processos de interferência no nível motor, sensório-afetivo e ideo-verbal. Esses processos (automatismos mentais não alucinatórios), segundo Clérambault (1923/1987), poderiam *ser observados* num breve momento anterior ao desencadeamento. Todavia, podemos nos perguntar se de fato algo muda no ato diagnóstico.

Clérambault classifica os automatismos mentais em positivos e negativos, assim como em grandes e pequenos. Positivos seriam aqueles que são adicionados ao funcionamento do indivíduo, ao passo que os negativos se expressam como retirada de elementos que contribuem com as funções. O automatismo grande, por sua vez, seria aquele que inclui o funcionamento motor, sensório-motor e ideo-verbal, perturbando o funcionamento do indivíduo. Já o automatismo pequeno, aquele que quase não se faz perceber.

A tabela a seguir, retirada do artigo de Vanheule (2018, p. 210, tradução nossa), oferece uma revisão geral das manifestações clínicas propostas por Clérambault. É interessante notar, e nos parece que Lacan aponta para isso quando faz referência ao Clérambault como alguém que o influenciou no caminho para a psicanálise, que apesar de descritivo e organicista, ele aponta para uma experiência psicológica como base para o diagnóstico de psicose, uma vez que todas as manifestações clínicas que se referem ao automatismo mental, a não ser pela *Inibição motora* e pelos *Impulsos motores estranhos*, são fenômenos que só podem ser “vistos” através da fala do paciente. É preciso que o paciente diga que sente medo, relate a sensação de dores no corpo, conte que foi forçado a fazer algo pelo comando de uma voz; é preciso que ele fale para que se possa inferir que há paradas em seus processos de pensamento, ou para sabermos que há algo de exterior que ele sente que lhe invade o corpo e a mente.

Tabela 1. Lista de manifestações clínicas específicas que testemunham o automatismo mental

Fenômeno positivo ao nível do funcionamento ideo-verbal
– Pensamento automático: pensamentos espontâneos não produzidos pelo sujeito (de Clérambault, 1920a)*
– Controle do pensamento: a mente é influenciada e direcionada por um agente externo (de Clérambault, 1920a)
– Ecos do pensamento: pensamentos são escutados de forma repetitiva, como vindas de fora. (de Clérambault, 1920a)
– Confusão e distração devido a pensamentos indeterminados (de Clérambault, 1920a)
– Pensamento ultrapassado: pensamentos ocorrem na mente antes que o indivíduo tenha o produzido (de Clérambault, 1923)
– Pensamento pré-lógico primitivo: pensamento é preocupado com números, sílabas, cores, ritmo da fala, repetições e analogias. (de Clérambault, 1923)
– Pensamento fragmentado (de Clérambault, 1924b)
– Falso reconhecimento (de Clérambault, 1924b)
– Substituição do pensamento: processo de pensamento é perturbado por pensamentos que se impõem (de Clérambault, 1924b)
– Aprosexia: pensamento é muito rápido, o que impede o indivíduo de focar naquilo que pensa (de Clérambault, 1924b)
– Estranhamento: objetos e pessoas comuns são de repente experienciadas como estranhas. (de Clérambault, 1926)
Fenômeno negativo ao nível do funcionamento ideo-verbal
– Paradas e ausências nos processos de pensamento (de Clérambault, 1924b)
– Desaparecimento dos pensamentos (de Clérambault, 1924b)
– Perplexidades sem um objeto (de Clérambault, 1926)
Fenômeno positivo ao nível do funcionamento motor
– Experiência de ser forçado e direcionado ao nível da ação (de Clérambault, 1920a)
– Escrita automática: escrever coisas que estão para além do controle consciente. (de Clérambault, 1920a)
– Impulsos motores estranhos (de Clérambault, 1924b)
Fenômeno negativo ao nível do funcionamento motor
– Inibições motoras (de Clérambault, 1924b)
Fenômeno positivo ao nível do funcionamento sensório-afetivo
– Distúrbio cenestético ou cenestopatia: sensações estranhas que podem ser prazerosas ou desagradáveis e se manifestam em todo o corpo ou em áreas específicas (de Clérambault, 1920a)
– Percepções sensoriais estranhas, como no nível olfativo (de Clérambault, 1923)
– Percepção quase visual automática de memórias (de Clérambault, 1924b)
– Disestesia: sensação de toque envolvendo sensações dolorosas, como agulhas ou correntes elétricas (de Clérambault, 1926)
– Estados afetivos súbitos, como tristeza, ansiedade, alegria ou raiva, experimentados como indevidos (de Clérambault, 1924b)
– Medos e impulsos obsessivos alienantes ocupam a mente (de Clérambault, 1924b)
– Emoções sem objeto (de Clérambault, 1926)
Fenômeno negativo ao nível do funcionamento sensório-afetivo
– Fadiga repentina (de Clérambault, 1924b)

*Vanheule (2018) apenas incluiu uma chave de referência para cada fenômeno automático descrito por Clérambault.

Lacan (1946) diz que o método utilizado por Clérambault, replicado por ele em seu estudo do caso Aimée, permitiu o estudo das significações da loucura, devido à originalidade da linguagem por ela expressa:

as alusões verbais, as relações cabalísticas, os jogos de homonímia e os trocadilhos que cativaram o exame de um Guiraud - e, direi eu, o toque de singularidade cuja ressonância

é preciso sabermos ouvir numa palavra para detectar o delírio, a transfiguração do termo na intenção inefável, a fixação da idéia no semantema (que aqui, precisamente, tende a se degradar em signo), os híbridos do vocabulário, o câncer verbal do neologismo, o envolvimento da sintaxe, a duplicidade da enunciação, e também a coerência que equivale a uma lógica, a característica que, pela unidade de um estilo nas estereotipias, marca cada forma de delírio: tudo isso pelo qual o alienado, através da fala ou da pena, comunica-se conosco.

É aí que devem se revelar para nós as estruturas de seu conhecimento, sobre as quais é singular (sem dúvida não por puro acaso), que tenham sido justamente mecanicistas, como um Clérambault e um Guiraud, que melhor as desenharam. Por mais falsa que seja a teoria em que eles as abrangeram, verifica-se que ela lhes harmonizou notavelmente o espírito com um fenômeno essencial dessas estruturas: a espécie de "anatomia" que nelas se manifesta. A própria referência constante da análise de Clérambault ao que ele denomina, com um termo algo diaforesco, de "ideogênico" não é outra coisa senão essa busca dos limites da significação. Assim, paradoxalmente, ele acaba desdobrando, de um modo cujo alcance singular é compreensível, o magnífico leque de estruturas que vai dos chamados "postulados" dos delírios passionais aos chamados fenômenos basais do automatismo mental. (p. 169).

Lacan, portanto, ao escutar seus pacientes dizerem disso que lhes invade, dirá que se trata do Outro, ou seja, do caráter de exterioridade do discurso. Trata-se do sentimento de xenopatia, ou do sentimento de que os pensamentos são impostos, antes de serem formulados pelo sujeito. Em outras palavras, o automatismo mental é um conceito que agrupa tudo o que provém de fora, do real, sobre o sujeito, mas que se mostra como referente a uma estruturação do sujeito na linguagem, ou seja, no Outro.

Clérambault (1927/1987) disse que geralmente o eco do pensamento não expressa ideias abstratas; mas se caracteriza pela “cruza das palavras, ideias e sentimentos” (p. 595, tradução nossa). No entanto, devido ao fato de sua abordagem ser organicista, ele concluiu que a psicose teria uma origem neurológica, ao passo que "a psicologia do eco e seus derivados ainda precisam ser estabelecidos" (p. 590, tradução nossa). Sobretudo, essa explicação parece apontar para o limite da explicação organicista. O que Lacan fez, diante disso, foi defender que o que está em jogo se refere à posição psicótica no nível inconsciente: questões existenciais, como sexualidade, morte e paternidade, que não podem ser tratadas pela via da metáfora paterna e, como resultado, esses temas retornam como interrupções carregadas de gozo.

O termo fenômeno elementar foi, portanto, emprestado por Lacan dos organicistas, porém modificado em certa medida, pois Lacan não considera a hipótese da causa orgânica. É complexo compreender como Lacan utiliza esse termo, uma vez que a teoria de seu mestre Clérambault baseia-se em um determinismo mecânico e biológico, ao passo que Lacan, como vimos, a partir de 1950 foca no inconsciente enquanto estruturado como uma linguagem. Miller (2009) fala de como se trata, diante disso, de uma questão árida:

Em sua elaboração do caso Aimée, Lacan opõe-se ao organicismo. Ali a palavra essencial é a personalidade que encontramos no título de sua tese – Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade –, na qual defende uma concepção personalista da paranóia e integra nesta concepção os fenômenos elementares pertencentes a uma idéia organicista. Com efeito, pode-se dizer muito sobre isso, pois se trata de uma concepção harmônica, mas ao mesmo tempo não se encaixa bem, o que a torna justamente mais interessante. É uma questão árida. (pp. 4-5)

Para os organicistas tratava-se da intrusão de um elemento heterogêneo no psiquismo, determinada por algo de ordem orgânica, que causaria o desencadeamento da psicose. Sustentava-se, portanto, a hipótese de uma descontinuidade, no sentido de que algo completamente novo se introduz no organismo, e nada que fosse anterior poderia explicar a intrusão. Já para Lacan (1955-56/1988), o fenômeno elementar caracteriza-se pela emergência de uma significação que jamais entrou no sistema de simbolização do sujeito.

No seu seminário III, ele se questiona acerca do que quer dizer o termo elementar. Ele critica a ideia segundo a qual o automatismo mental forma o processo nuclear ou inicial da psicose. Elementar e nuclear podem implicar que esses fenômenos são essenciais ou primordiais em relação a outros fenômenos psicóticos, que seriam apenas secundários. É o que Clérambault indica quando diz que delírios são interpretações enxertadas no fenômeno elementar. Assim, de acordo com essa lógica, há um processo temporal: primeiro automatismo mental e, depois, delírios.

Para Lacan (1955-56/1988), todavia, elementar se refere ao elemento-chave da psicose, ou seja, a noção de elemento não deve ser tomada de modo diferente da de estrutura. Elementar, então, não se refere mais a um momento inicial da psicose, mas à ideia mesma de estrutura, que pode ser observada nos diversos fenômenos psicóticos. Por essa razão, delírios também são elementares:

(...) os fenômenos elementares não são mais elementares que o que está subjacente ao conjunto da construção do delírio. São elementares como o é, em relação a uma planta, a folha em que se poderá ver um certo detalhe do modo como as nervuras se imbricam e se inserem — há alguma coisa de comum a toda planta que se reproduz em certas formas que compõem sua totalidade. Do mesmo modo, estruturas análogas se encontram no nível da composição, da motivação, da tematização do delírio, e no nível do fenômeno elementar. Em outras palavras, é sempre a mesma força estruturante, se é possível assim nos exprimirmos, que está trabalhando no delírio, quer o consideremos em uma de suas partes ou em sua totalidade.

O importante do fenômeno elementar não é, portanto, ser um núcleo inicial, um ponto parasitário, como Clérambault se exprimia, no interior de uma personalidade, em torno do qual o sujeito faria uma construção, uma reação fibrosa destinada a enquistá-lo, envolvendo-o, e ao mesmo tempo integrá-lo, isto é, explicá-lo, como dizem frequentemente. O delírio não é deduzido, ele reproduz a sua própria força constituinte, é, ele também, um fenômeno elementar. Isso quer dizer que a noção de elemento não

deve ser tomada aí de modo diferente da estrutura, estrutura diferenciada, irreduzível a outra coisa que não ela mesma. (pp. 29 e 30)

O delírio, portanto, para Lacan, tem a mesma estrutura que o fenômeno elementar, e elemento não é outra coisa senão a própria estrutura. Segundo Miller (2009), Lacan diz que assim como a folha, em escala reduzida, tem os traços da estrutura da planta com a qual está relacionada, na neurose, os sonhos, os chistes e atos falhos indicam toda a planta da estrutura neurótica, ao passo que, na psicose, o fenômeno elementar representa toda a estrutura psicótica. Em outras palavras, em escala reduzida, o fenômeno elementar mostra toda a estrutura da psicose, assim como as formações do inconsciente (sonhos, chistes, atos falhos), mostram toda a estrutura da neurose.

No seminário III, Lacan (1955-56/1988) definiu estrutura como um grupo de elementos que forma um grupo covariante. Nesse sentido, estrutura implica dependência entre elementos. Em um grupo com elementos A, B e C, mudanças em A implicarão mudanças em B e C. Entre esses elementos, portanto, relações de interdependência são estabelecidas. Além disso, Lacan diz que a noção de estrutura é por ela mesma uma manifestação do significante.

Enquanto Clérambault diferenciava domínios funcionais pelos quais se expressam os fenômenos automáticos (ideo-verbal, motor, sensorio-afetivo), Lacan (1955-56/1988) concentrou-se na organização lógica do fenômeno invasivo. Ele defendeu que significantes se impõem sobre o sujeito e que a alucinação é subordinada ao processo de significação. Segundo Lacan, portanto, é “bem mais fecundo conceber o fenômeno elementar em termos de estrutura interna da linguagem.” (p. 292)

Parece que, então, a grande diferença entre o automatismo mental para Lacan e para Clérambault é que este considerava que a causa da sua irrupção estava na intrusão de algo completamente novo e estranho no organismo, ao passo que Lacan considera que o relevante a ser considerado para a construção de um tratamento possível das psicoses se refere à forclusão do Nome-do-pai, ou seja, que não há ponto de basta que dê conta das questões existenciais do sujeito: quem sou eu? o que querem de mim? Em outras palavras, podemos notar como Lacan faz pensar a irrupção dos fenômenos elementares a partir da relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo.

Segundo Lacan (1959/1998), o inconsciente é organizado em torno dessas questões relacionadas à existência, para as quais não há significante que possa resolver de forma definitiva. São questões que concernem à posição do sujeito diante de temas como paternidade, autoridade, morte, sexualidade, amor, procriação e sexuação (como alguém é ou se torna homem ou mulher). Como o sujeito psicótico não conta com o significante Nome-do-pai, não

consegue fazer uma, mesmo que temporária, amarração significativa, de modo que precisa recorrer à suplência. A hipótese de Lacan é que, então, irrompem os fenômenos elementares.

Nesse sentido, parece-nos que o psicanalista não prescinde do fenômeno, no entanto, o uso que faz do fenômeno é radicalmente diferente do uso psiquiátrico. Não se trata de, a partir da descrição do fenômeno observado, estabelecer o diagnóstico. Mas sim, de, ao escutar o paciente relatar aquilo que se passa com ele, escutar a forma com que o paciente se relaciona com isso de que ele fala, escutar da relação do paciente com o que ele diz, escutar que lugar isso de que o paciente fala ocupa em sua existência, escutar a forma com que o paciente o comunica, ou seja, em que lugar transferencial coloca o analista, para, assim, levantar hipóteses diagnósticas, que irão, ao longo do tratamento, orientar essa escuta. Se o analista interpretar que há uma relação estruturada de maneira psicótica, suas intervenções serão guiadas no sentido de produzir um espaço em que o paciente possa produzir amarrações possíveis e possa, assim, se colocar no mundo, ou seja, produzir alguma espécie de laço social, de maneira absolutamente singular.

3.3 Diagnóstico estrutural e ética psicanalítica

[...] basta supor que o analista, mesmo à sua revelia, coloque por um instante seu próprio objeto parcial, seu agalma, no paciente com quem está lidando. Aí, com efeito, se pode falar de uma contra-indicação, mas como vêem, nada menos que localizável – ao menos enquanto a situação do desejo do analista não é explicitada.

Lacan (1960-61/1992, p. 195)

O diagnóstico estrutural está necessariamente implicado com a posição ética do analista, pois desde o estabelecimento do diagnóstico, o analista pode (ou não) ceder a influências ideológicas. Portanto, quando levantamos hipóteses diagnósticas para pensar nossas intervenções e direção do tratamento, é preciso nos questionarmos sobre o que se busca com uma análise. Seja ela para psicóticos, neuróticos, crianças ou adultos. Segundo Freud (1912/1980), os casos em que mais se avança são aqueles em que o analista não tem qualquer intuito em vista, e que se permite se surpreender, ou seja, no que se refere ao diagnóstico, que o analista não feche a questão como uma verdade absoluta e inquestionável. Ele sugere ainda que o psicanalista só submeta o material obtido a uma análise teórica, após o tratamento já ter sido concluído.

Além disso, Freud alerta para o furor curandis do analista; ele diz que desejar que o paciente encontre meios de alcançar um lugar de destaque em seu trabalho, que ele seja promovido, que consiga se casar, ter filhos, enfim, desejar que o paciente realize aquilo que é da ordem do ideal social, ou do ideal da pessoa do analista, em detrimento do seu próprio desejo (o do paciente), seria ignorar o trabalho analítico. Ao fazer isso, podemos dizer que não há trabalho analítico possível, pois o que prevaleceria seria a resistência do analista.

Nesse sentido, o diagnóstico estrutural não tem sua razão de existir baseada na localização de uma doença, que precisa ser curada. O doentio pelo qual o sujeito busca a análise, seu sofrimento, não coincide com a estrutura, apesar de se relacionar com ela e, talvez possamos dizer, se subordinar a ela. Como dissemos, trata-se de levantar hipóteses que orientam o trabalho, e, para isso, o psicanalista se apoia, antes de mais nada, em preceitos éticos da psicanálise, ou seja, na ética do desejo, que preconiza não desejar nada para o paciente. Portanto, ao considerarmos a ética psicanalítica, tomamos como ponto de partida uma posição radicalmente contrária a uma concepção moral, orientada por ideais socialmente valorizados. Nesse sentido, as intervenções do analista não ocorrem no plano dos ideais, por meio da prescrição de como se adaptar, ou de como suprimir comportamentos culturalmente indesejáveis.

Não se trata de uma posição simples de sustentar e, nos parece que só é possível fazê-lo a partir da própria análise. Freud (1916/17) disse que “... aquele que depois de haver lutado contra si mesmo consegue elevar-se até a verdade, se encontra ao abrigo de todo perigo de imoralidade e pode permitir-se ter para seu uso particular uma escala de valores morais muito diferente do admitido pela sociedade” (p. 239). Trata-se de suportar que não há resposta final a ser encontrada para a felicidade.

No que diz respeito à clínica com crianças, o empuxo externo aos ideais sociais é ainda maior. Ele vem dos pais, da escola, do/a pedagogo/a, do/a médico/a pediatra ou psiquiatra, do/a fonoaudiólogo/a, de juízes, advogados, assistentes sociais... São demandas sociais, às quais resistir, sem com isso ignorá-las e desconsiderá-las, não é um trabalho simples.

No entanto, como fazer para sustentar a ética psicanalítica sem, com isso, se excluir das organizações sociais? Como demonstrar que há mais além dos laudos médicos, prescrições medicamentosas, e boas notas na escola? Não é simples, se considerarmos que os ideais do Eu estão imaginariamente colados às ideologias dominantes e consistem na força da resistência. Como diz Castro (2012):

(...) a ética do desejo exige do psicanalista sua recusa em conduzir a análise segundo os ideais do Outro [I(A)], pois ceder a eles estimularia, por efeito, a identificação do

psicanalizando ao psicanalista. Lacan manifesta então sua preocupação com as análises dirigidas pelo serviço dos bens e com a identificação (subjéctiva e colectiva) aí promovida. A psicanálise jamais deverá trabalhar a favor do “serviço dos bens” e de sua “racionalização moralizante” e padronizadora. (p. 173)

Este ponto de resistência a um possível programa de “bem-estar” corresponde a um dos elementos centrais da experiência clínica psicanalítica. Freud (1930/1996) demonstrou que o laço social exige uma série de renúncias pulsionais, para as quais há resistência; em outras palavras, não é possível haver uma adequação completa. Entre a inserção do homem na sociedade e o princípio do prazer não há convergência sem haver pontos de resistência. As fontes de sofrimento do homem, identificadas por Freud (1929/30) como “o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 37), não deixarão de existir, enquanto existir a humanidade.

Por mais que o homem recorra às diversas “técnicas de viver” com o objetivo de alcançar o Bem, aquilo que resolveria sua condição estrutural de desamparo, não há qualquer garantia de felicidade possível e estável. Reconhecida essa impossibilidade, o que resta ao sujeito é a possibilidade de bem dizer seu sintoma, o que implica, de sua parte, responsabilizar-se por sua forma de gozo e posição subjéctiva.

Pudemos notar que a ética psicanalítica não é dissociável, portanto, da maneira de compreender o sintoma, como uma resposta particular que pode ser dada à existência frágil do homem. Trata-se de um tratamento pelo sintoma e não de erradicação do sintoma. Nesse sentido, podemos supor que foi por essa razão que Lacan posicionou-se contrariamente à hipótese da causalidade orgânica, fazendo uma escolha epistemológica que embasaria uma clínica das psicoses: parece-nos, antes de mais nada, que se trata da articulação de um saber, que, pelo carácter de seu objeto de estudo, está necessariamente ligada a uma posição de ordem ética e moral.

No que se refere ao estabelecimento do diagnóstico e à direcção do tratamento, portanto, a ética psicanalítica implica uma lógica não-toda, pautando-se nas particularidades de cada caso clínico, um a um. Cada caso será, portanto, acolhido em suas contingências singulares. “O que se partilha é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se tecer um saber. (...) Essa tessitura é que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo, pois há retificações a fazer frequentemente, dependendo do rumo do caso, a partir de novas indicações do sujeito” (Figueiredo, 1997, p. 45). É assim que, segundo Paes Barreto (2003), ao final de cada análise “teremos a teoria do próprio caso” (p. 20).

Há, portanto, parece-nos, na articulação da psicose enquanto estrutura de linguagem, justamente uma tentativa de resistir, em termos teóricos, às influências ideológicas na clínica psicanalítica, e de, assim, evitar desvios éticos.

Considerações Finais

Esta pesquisa partiu da questão acerca da estrutura psicótica na criança, ou seja, partiu da concepção lacaniana de psicose. No entanto, deparamo-nos com uma divergência significativa em torno do tema, que se referia ao seu estatuto: a estrutura psicótica estaria ou não decidida na criança? Como vimos, há diversos psicanalistas lacanianos que sustentam a posição de que a psicose é indecisa nessa fase do desenvolvimento biológico do organismo humano, e que se decidiria apenas após a passagem pela fase da adolescência. No entanto, não há consenso quanto a essa afirmativa.

Dessa forma, uma vez tendo exposto esse posicionamento, assim como o posicionamento contrário a essa afirmação (Capítulo 2), por uma impossibilidade de responder à questão da forma como ela se colocava (qual seja: a psicose está decidida ou não, na infância?), pareceu-nos necessário fazer um retorno à fonte dos conceitos que são utilizados para defender tanto uma como a outra posição. Ou seja, fazer um retorno a Freud e Lacan.

Pelos limites que se colocam a uma pesquisa de mestrado, foi necessário fazer um recorte e escolhemos a chamada primeira clínica do Lacan, em que ele formaliza a noção de psicose como estrutura (Capítulo 1). Esse retorno a Freud e Lacan promoveu um deslocamento da questão: não parecia mais interessante questionar se a estrutura estaria ou não decidida nesse momento do desenvolvimento biológico do organismo, porque tal questão parece remeter à ideia de que o caso clínico é que *demonstra* a teoria. Se fosse possível demonstrar quando se decide a psicose, saberíamos dizer qual é sua causa, sobre a qual Lacan diversas vezes afirmou não sabermos. Ele diz: essa questão permanece obscura! Ou ainda, o que foi essencial para o deslocamento da questão, Lacan continuamente retorna a questões de ordem epistemológica, ou seja, a questão acerca da própria noção de verdade dos conceitos psicanalíticos.

No que concerne à questão da gênese da psicose, percebemos que comumente se toma a afirmativa segundo a qual “a psicose é a forclusão do Nome-do-pai”, como se ela nos indicasse sua causalidade. No entanto, Lacan diz, quanto a essa afirmativa, que ela não foi demonstrada e tampouco é uma hipótese. Trata-se de uma articulação do problema. Trata-se de uma leitura, uma forma de compreender um fenômeno, que visa uma intervenção terapêutica. Diante disso, a questão sobre a decisão da psicose, da forma como estava sendo colocada, perde seu valor, no sentido de que não é possível demonstrá-la ou comprová-la. A discussão, nesses termos, se mostrou inócua.

Lacan se retira da discussão acerca da causa da psicose, ao longo de seu percurso – ele retira dela seu estatuto de questão prioritária, afinal, só podemos ter notícias da forclusão, ou

do recalque, por seus efeitos, ou seja, de maneira retroativa. Logo, não temos acesso à causa, não podemos medir, localizar, precisar, provar a forclusão. Para ilustrar seu limite: podemos dizer que recebemos uma criança e inicialmente realizamos o diagnóstico de psicose. Se passado um tempo de tratamento, esse diagnóstico passa a não se sustentar mais, o que aconteceu? Erramos o diagnóstico (porque a estrutura se decide muito precocemente, logo não haveria como a criança ter mudado de estrutura?), ou o tratamento possibilitou a mudança estrutural? Não é possível demonstrar nem uma coisa, nem outra.

Afinal, se nós pudéssemos falar de diagnóstico psicanalítico nesses termos, isso demonstraria que o estatuto desse diagnóstico é tal qual o estatuto do diagnóstico médico, o que seria impossível devido à natureza absolutamente distinta dos objetos (adoecimento psíquico X doenças orgânicas) em questão. Essa confusão parece remeter à história da psicanálise em sua relação com a história da psiquiatria, e não foi por acaso que Lacan entrou nos embates relativos à organogênese X psicogênese da psicose.

O que esse trabalho de pesquisa nos permitiu perceber é que não se trata de uma perspectiva ser mais verdadeira do que a outra, pois cada uma possui uma epistemologia específica: não só a natureza dos objetos é distinta, como a noção de verdade e, principalmente, a relação dessa noção de verdade a uma ética que sustenta uma prática clínica, é distinta. Trata-se, portanto, de reconhecer os limites de cada campo do saber, para, assim, o que pode parecer paradoxal, mas não o é, poder sustentar o valor de sua existência.

A noção de verdade, assim como a noção de causa, é indissociada de um juízo de valor e é a isso que Lacan aponta quando faz sua crítica à hipótese da organogênese da loucura. Quanto à psicanálise, não se trata de um saber localizacionista, ou seja, não se parte do pressuposto de que há relação direta e de causalidade entre lesão e sintomas.

Ao recorrer ao texto de Lacan, notamos que a discussão sobre a verdade, em sua indissociabilidade com uma determinada posição ética, está sempre presente. Em textos seus da década de 1930 (sua tese de doutorado e a pequena obra *Os complexos familiares*), ele já questionava a veracidade dos pressupostos segundo os quais a loucura seria uma doença orgânica. Seu texto sobre a causalidade psíquica parece, como vimos, uma crítica não à hipótese da causa orgânica em si, como se quisesse prová-la falsa, mas, sim, à própria noção de verdade implicada nesse saber, assim como à ética implicada nessa noção de verdade.

Já quando Lacan inicia o seminário das psicoses, em 1955, ele parece decidido de sua retirada da querela “psicogênese X organogênese” da psicose. Ele abre mão de pensar uma causalidade. Ele diz, sim, quanto à forclusão do Nome-do-pai, que se trata de uma primeira etapa, mas segundo uma determinada lógica. Quer dizer, trata-se de uma anterioridade lógica,

portanto não localizável a não ser, talvez, hipotética e retrospectivamente. Não se trata de algo que possamos situar em alguma parte na gênese, como diz Lacan.

No seu seminário 3, portanto, Lacan articula o problema com conceitos assumidamente fictícios, cuja noção de verdade não é dissociada de uma posição ética, e que, assim, fundamentam uma clínica psicanalítica possível para a psicose. Ele não fala mais em personalidade e muito menos em organismo. Ele pensa a estrutura psicótica como posição psíquica em relação à linguagem, articulando o problema ao utilizar ferramentas conceituais como *significante*, *significado* e *signo*, emprestadas da lingüística de Saussure. O que parece importante destacar disso é o fato de que para formar-se o signo é necessário haver uma amarração entre significante e significado, que, embora não seja uma amarração prévia à criação da linguagem, como levaria a pensar uma visão platônica das idéias, tampouco ela é arbitrária. Quer dizer, há certa convenção, nas línguas, com a qual consentimos para podermos nos perceber, significar as relações, nos comunicar e fazer laço com o mundo.

Mas por que pensar a estrutura psicótica a partir desses conceitos extraídos da lingüística? Justamente porque Lacan sustenta a importância de lembrarmo-nos do material com o qual trabalha o analista: que é a fala do paciente. E é pelo registro da fala que temos acesso à fenomenologia da psicose. O que Lacan (1955/56) defende não é que a psicose seja puro fato de linguagem, mas que a psicose é “muito fecunda quanto ao que pode exprimir no discurso.” (p. 77).

Ele diz que uma determinada amarração entre significante e significado está ausente nessa estrutura, ou então pode ser necessário um trabalho a mais, digamos, ao psicótico, para realizá-la, um trabalho que para o neurótico estaria como que posto à sua revelia. Nesse sentido, a posição psicótica se diferencia da neurótica, em relação à linguagem, na medida em que não conta com o que Lacan chamou de Nome-do-pai; significante que podemos pensar como o que possibilita a formação da metáfora paterna – a substituição de um significante absolutamente enigmático, por outro, o que possibilitaria a formação desse ponto de basta necessário, na cadeia significante, para significar o desejo do Outro e delimitar fronteiras entre o que nos é interior e exterior. Um significante que, ao possibilitar essa significação, fálica, também possibilita a suspensão das significações, sem que essa suspensão seja vivida com absoluta perplexidade, seguida de uma invasão que lhe mira, uma invasão que ele não pode evitar, que vem de fora, que não é sentida em nenhuma medida como produção própria.

Retornando então ao problema inicial acerca da psicose estar ou não decidida na infância, podemos pensar que supor que ela não está decidida corresponde ao desejo de evitá-la; de buscar prevenir uma relação com a linguagem que não conte com a metáfora paterna. É

evidente que esse desejo, de evitar a psicose, na verdade fala de um desejo de evitar o sofrimento decorrente das crises muito invasivas. Porém, é preciso fazer uma ressalva quanto a esse desejo: a de que ele não corresponde ao desejo do analista! Percebemos que a teoria, quando procura diagnosticar, ou seja, categorizar, possibilita que esse furor curandi ganhe espaço. A questão, então, é: como Lacan faz para não se manter ateórico, digamos, e, ainda assim, garantir postura que respeite a singularidade de cada caso?

Parece-nos que, quanto à estrutura psicótica e a forclusão do Nome-do-pai, é justamente o fato de ele esclarecer que não se trata da gênese, ou do organismo. Que não se trata de um saber localizacionista. Compreender isso modifica toda a relação com esse saber, especialmente por evidenciar seus limites. Trata-se apenas (embora seja muito) de uma questão preliminar para pensar o manejo da transferência, trata-se de uma forma de interpretar um fenômeno, no caso, de maneira análoga à explicação da estrutura da linguagem.

Ao constatar essa peculiaridade do conceito psicanalítico, não tem mais sentido tentar localizar quando, em relação ao desenvolvimento cronológico da criança, a estrutura se define ou não. A clínica psicanalítica com crianças, portanto, não se trata de uma clínica que atua na gênese da estrutura.

Diante dessas retomadas de Lacan quanto à natureza do objeto de estudo (a loucura), nos perguntamos: qual o alcance dos conceitos psicanalíticos? Qual a implicação da forma como se articula o problema acerca da psicose (enquanto uma estrutura), para o processo diagnóstico? (Capítulo 3). Sabemos que o diagnóstico estrutural não pode ser localizado no organismo, na pessoa do paciente. Sabemos também que não se trata de uma doença que precisa ser curada e sabemos que não é possível localizar a causa da estrutura. Então *como fazer diagnóstico?* Uma vez que não podemos ter certeza acerca do que consiste, em termos fenomênicos, o que é uma psicose, como faço um diagnóstico estrutural? Nos parece que essa pesquisa demonstrou que, antes de mais nada, é preciso justamente lidar com a impossibilidade de dizer finalmente de que diagnóstico se trata e saber que o diagnóstico é sempre uma *hipótese* com a qual o analista trabalha.

Como vimos, jamais poderemos demonstrar, na suposta realidade concreta, se acertamos o diagnóstico ou não, justamente por se tratar de uma ficção, como todo o setting psicanalítico, por isso, a discussão *é ou não é* psicose, a famosa querela dos diagnósticos, só serve para garantir o saber do analista, ou então para destituir outro analista de seu saber. O que podemos fazer, sim, é demonstrar os efeitos de uma prática que foi pensada e articulada dessa forma, por essa teoria, por essa noção de verdade indissociada da ética que a acompanha.

Outro aspecto importante a ser considerado com relação ao diagnóstico estrutural é que,

embora a teoria trace um princípio organizador para cada estrutura, ela não nega que há sempre necessariamente algo, em cada analisante, que resta impossível de teorizar, por ser do mais absoluto singular. E isso é fundamental na teoria psicanalítica. Além disso, por se tratar de uma estrutura clínica e não de uma doença orgânica, ela se presta a pensarmos nas possibilidades de cada um quando se põe a falar de seu sofrimento a um analista. Se o objetivo do diagnóstico médico é restituir a saúde de seu paciente doente, o analista faz diagnóstico para estar advertido dos efeitos de suas intervenções. O objetivo do analista não é extirpar o sintoma, mas oferecer uma escuta que possibilite ao paciente fazer melhor uso de seu sintoma – e isso cabe ao paciente inventar. Nesse sentido, a loucura de cada um não pode ser curada, ela pode ser tratada.

Consideramos, portanto, mais favorável como orientação e transmissão sustentar que não sabemos exatamente como se forma uma psicose desencadeada, que isso está além do nosso alcance, mas que, sim, temos uma teoria que considera o equívoco e a incompreensão como fundamental, e assim fundamenta uma intervenção, um tratamento, que possibilita ao psicótico a construção de um saber estar no mundo.

A conclusão em que chegamos nesse momento é, portanto, a de que a própria noção de estrutura garante que não se realize um diagnóstico definitivo, pelo fato de o diagnóstico de estrutura psicótica (na criança ou não) ser sempre da ordem de uma hipótese. Trata-se de uma coordenada clínica que pode se confirmar a cada etapa do tratamento, ou então, se mostrar inadequada. Será sempre da ordem de uma hipótese que orienta o analista em suas intervenções, mas que mantém a abertura para que algo novo possa surgir nas produções do paciente, uma abertura, inclusive, para que a hipótese seja descartada, modificada.

Após a finalização do tratamento, quando da formulação do caso clínico, talvez não tenha mais sentido pensarmos em uma hipótese diagnóstica, mas ainda assim, é preciso (escutar) falar do diagnóstico a partir de seu caráter fictício, sem nos desviarmos do fato de que se trata de uma construção que só pode se realizar no interior da relação entre analista e analisante, ou seja, a partir do momento em que o analista passa a ser o destinatário das falas do analisante, sob transferência.

Cabe ao analista, portanto, o exercício da dúvida, de lidar com a angústia de não ser possível classificar o paciente de uma vez por todas e de sempre se perguntar sobre o trabalho que realiza, sobre a escuta que pode (ou não) oferecer.

Referências

- Agostinho, S. (2017). Os pecados da primeira infância. In *Confissões* (Frederico Ozanam Pessoa de Barros, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ariès, P. (2006). *História social da criança e da família* (Dora Flaksman, Trad.). Rio de Janeiro: LTC.
- Benjamin, B. (1890). *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselin.
- Barreto, F. P. (2003). A psicanálise aplicada à Saúde Mental: Uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições. In *Psicanálise e Saúde Mental* (nº 0). Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
- Barroso, S. F. (2012). *As psicoses na clínica com crianças* (Tese de doutorado). Instituto de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Bassols, M. (2017). Trauma e Real, o que as crianças inventam. In *Trauma, solidão e laço na infância e na adolescência*. Experiências do CIEN no Brasil, Nohemí Brown, Lucíola Macêdo e Rodrigo Lyra (Orgs.) Belo Horizonte: Editora EBP, p. 25 a 45.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *Psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. Universidade de São Paulo.
- Bernardino, L. M. F. (2015). O psicanalista e as psicopatologias da infância. In Kamers, M., Mariotto, R. M. M., Voltolini, R. (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta ed.
- Calazans, R., & Lustoza, R. (2014). A medicalização do psíquico: o uso do termo psicose nos manuais diagnósticos estatísticos. *Tempo Psicanalítico*, 46(1), 11-26, Rio de Janeiro.
- Castro, J. e Oliveira, M. (2008). As incidências éticas subentendidas/entrelidas nos “artigos técnicos” de Sigmund Freud. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 547-570.
- Castro, J. (2012). A ética da psicanálise e o DSM ou, respectivamente, psicopatologia ou antipsicopatologia? In Neto, F. e Calazans, R. *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. 173-183. Barbacena: EdUEMG, 2012
- Ceccarelli, Paulo. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 471-477. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>
- Cecchetti, R. & Grova, T. (2008). Extimidade: do cartel ao Digaí-Maré. In O. Machado & T. Grova (Org.), *Psicanálise na favela Projeto Digaí-Maré: a clínica dos grupos*. Rio de Janeiro: Associação Digaí-Maré.
- Clérambault, G. G. de (1987). Automatismes mentaux et scission du moi. In G.G. de Clérambault, *Oeuvres psychiatriques* (pp. 457–467). Paris: Frénésie éditions. (Trabalho original publicado em 1920).

- Clérambault, G. G. de (1987). Les psychoses hallucinatoires chroniques. In *G.G. de Clérambault, Oeuvres psychiatriques* (pp. 470-491). Paris: Frénésie éditions. (Trabalho original publicado em 1923).
- Clérambault, G. G. de (1987). Psychoses à base d'automatisme –Premier article. In *G.G. de Clérambault, Oeuvres psychiatriques* (pp. 528-544). Paris: Frénésie éditions. (Trabalho original publicado em 1925).
- Clérambault, G. G. de (1987). Du rôle de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques. In *G.G. de Clérambault, Oeuvres psychiatriques* (pp. 580–587). Paris: Frénésie éditions. (Trabalho original publicado em 1927).
- Coriat, E. (1998). De que se trata... uma criança. In *Trata-se uma criança/ I Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.*
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Dunker, C.I.L. (2011). Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C.I.L. (2013). A Psicose na criança: tempo, linguagem e sujeito. São Paulo: Zagadoni.
- Faria, M. R. (2003). Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo de Freud a Lacan. Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Figueiredo, A.C (1997). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Fink, B. (1998). O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Zahar.
- Foucault, M., (1975) Doença Mental e Psicologia. Traduzido por Lilian Rose Shalders. Título original: *Maladie mentale et psychologie* (Presses Universitaires de France). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Freud, S. (1976). A negativa. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 295-300). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1980). Projeto para uma psicologia científica. In *Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud*. (Jayme Salomão, trad.). (Vol. 1, pp. 381-520). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1895).
- Freud, S. (1987). O futuro de uma ilusão. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 15-71). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1996). Rascunho H. Paranoia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 253-258). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996b). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In *Edição*

- Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 121-140). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Carta 52. In *Edição Estandart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1980). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, p. 149-163). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1980). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud* (Vols. 4, 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (novas recomendações aos médicos que exercem a psicanálise I). In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 217-228). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 239-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 51-74). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894a).
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 21-89). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 119-229). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2006). O inconsciente. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2, pp. 13-74). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2007a). A perda da realidade na neurose e psicose. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 125-134). Rio de Janeiro:

- Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2007b). Neurose e psicose. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 93-102). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2007). A cisão do eu no processo de defesa. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp.171-180). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938).
- Garcia-Roza, L. A. (1984). Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Guimarães, M. R. & Pimenta, P. (2007) Relação mãe-filho sob medida: a prevenção do Real. Mesa de trabalho: Os protocolos preventivos. IPSMMG – NPPCri
- Hyppolite, J. (1998). Comentário falado sobre a Verneinung de Freud. In Lacan, J., *Escritos* (pp. 893-902). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Jakobson, R. (2008). *Linguística e comunicação* (23a ed.), São Paulo: Cultrix.
- Klein, M. (1996a) A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In *Amor, culpa e reparação – e outros trabalhos*, pp. 249-264. Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1930).
- Klein, M. (1996b). A psicoterapia das psicoses. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (pp. 265-268). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Kupfer, M. C. Prefácio. In *A Psicose na criança: tempo, linguagem e sujeito*. /Christian Ingo Lenz Dunker (1a ed.). São Paulo: Zagadoni, 2013.
- Lacan, J. (1987). Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade seguido de primeiros escritos sobre a paranóica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lacan, J. (2008). Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia. Zahar (1938).
- Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1954-1955).
- Lacan, J. (1988). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-1961).
- Lacan, J. (1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In *Escritos* (pp. 152-194). (Trabalho original publicado em 1947).
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).

- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos* (pp. 496-533). Rio de Janeiro: Zahar (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1959).
- Lacan, J. (1998). De nossos antecedentes. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1999). *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (2003). A Psicanálise Verdadeira, e a Falsa. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2009). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953-1954).
- Laurent, E. (1994). Existe um final de análise para crianças? In *Opção Lacaniana*, nº 10.
- Laznik, M-C. (2016). Podemos pensar uma clínica do nó borromeu que diferencie psicose e autismo na criança? In *Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância*. Instituto Lalangue: São Paulo.
- Leader, D. (2013). *O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lefort, R. (1991a). Introdução à jornada de estudos do CEREDA. In Miller, J. (Org.) *A criança do discurso analítico*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Lefort, R. (1991b). Um passo a mais entre a criança e o adulto: a estrutura do corpo. In Miller, J. (Org.) *A criança do discurso analítico*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Levin, S. (1998). *A infância em cena*. Petrópolis, Vozes.
- Lévi-Strauss, C. (1982). *As Estruturas elementares do parentesco*. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis, Vozes. (Trabalho original publicado em 1908)
- Lustoza, R. Z. (2006). O problema da causalidade psíquica na psicanálise. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Maleval, J.-C. (1970). Da psicose precocíssima ao espectro do autismo, (3), 1–19.
- Mezêncio, M. S. (2004). Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.10, n. 15, p. 104-113.
- Miller, J. A. (1996) Clínica irônica. In *Matemas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J. A. (2009). A invenção do delírio. In *Opção lacaniana*, nº 5.

- Presidência da República. (2017). *Lei nº 13.438*. Brasília, DF: Ângela Portela.
- Quinet, A. (2007) *As 4+ 1 condições da análise*. Zahar.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Saussure, F. de (2006). *Curso de linguística geral* (27a ed. [Org. por C. Bally e A. Sechehaye com a colaboração de A. Riedlinger]). São Paulo: Cultrix. (Original publicado em 1916).
- Solano-suarez, E. (2004). A criança em questão no final do século. In *Incidências da psicanálise na cidade*. Espírito Santo: Edufes. (Série Anais)
- Soler, C. (2007) *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tendlarz, S. E. (2003). *Childhood Psychosis*. Karnac: London.
- Valas, P. (1991). O que é uma criança? In Miller, J. (Org.) *A criança do discurso analítico*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Vanheule, S. (2018). From de Clérambault's Theory of Mental Automatism to Lacan's Theory of the Psychotic Structure. In *Psychoanalysis and History*, 20(2), 205-228.
- Volnovich, J. (1993). *A psicose na criança*; tradução de André Campos Ramanholi, Daniela Reis e Silva, Maria Regina, José Abranches – Rio de Janeiro: Relume- Dumará.